



LA GESTIONE DEL PAZIENTE «DIFFICILE»

REVISIONE DELLA LETTERATURA

A cura di:

Dott.ssa Laura Poggi, infermiera SPDC
Dott.ssa Milena Rigali, infermiera SRP1 – CRA

AUTORE PRINCIPALE	ANNO	TITOLO	RIVISTA SCIENT.
	2018	Relazione europea sulla droga. Tendenze e sviluppi	Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze
Almvik R., et al.	2000	The Brøset Violence Checklist: sensitivity, specificity and interrater reliability	Journal of Interpersonal Violence
Antai-Otong D., et al.	2016	Dual Diagnosis. Coexisting Substance Use Disorders and Psychiatric Disorders	Nurs Clin N Am
Biondi M. e Picardi A.	2018	I nuovi “casi difficili” in psichiatria	Rivista di Psichiatria
Brekke E., et al.	2018	Dilemmas in recovery-oriented practice to support people with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative study of staff experiences in Norway	<i>International Journal of Mental Health Systems</i>
Brekke E., et al.	2018	Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders	International Journal of Mental Health Addiction
Brown et al.	2015	Motivational interviewing to reduce substance use in adolescents with psychiatric comorbidity	Journal of Substance Abuse Treatment
Cibin M., et al.	2011	Focus su disturbi di personalità, schizofrenia, paranoia e isteria	In: Gasbarrini G. Trattato di medicina interna. Vol 2.
De Crespigny C., et al.	2015	Service provider barriers to treatment and care for people with mental health and alcohol and other drug comorbidity in a metropolitan region of South Australia	Advances in Dual Diagnosis

AUTORE PRINCIPALE	ANNO	TITOLO	RIVISTA SCIENT.
Di Giacomo E., et al.	2013	“Doppia diagnosi” e tentativo di suicidio nell’adolescente	In: Il suicidio oggi
Gerlach J., et al.	2019	Clinical challenges in patients with first episode psychosis and cannabis use: mini-review and a case study	<i>Psychiatria Danubina</i>
Goracci A., et al.	2005	Aspetti transnosografici dell’aggressività, una delle dimensioni psicopatologiche della mania	Giorn Ital Psicopat
Graham H.L., et al.	2016	Pilot randomized trial of brief intervention for comorbid substance misuse in psychiatric in-patient settings	Acta Psychiatrica Scandinavica
Juel A., et al.	2018	Health Beliefs and Experiences of a Health Promotion Intervention Among Psychiatric Patients with Substance Use: An Interview Study	<i>Archives of Psychiatric Nursing</i>
Kronenberg et al.	2014	Everyday life consequences of substance use in adult patients with a substance use disorder (SUD) and co-occurring attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) or autism spectrum disorder (ASD): A patient’s perspective	<i>BMC Journal</i>
Maagerø-Bangstad E.R., et al.	2019	Encountering staff-directed aggression within mental health and substance abuse services: exploring conceptions of practice following education	<i>International Journal of Mental Health Systems</i>
Macchia T.	2004	Donna e dipendenza crociata	Ann Ist Super Sanità
Manning V., et al.	2017	Problem gambling and substance use in patients attending community mental health service	Journal of Behavioral Addictions

AUTORE PRINCIPALE	ANNO	TITOLO	RIVISTA SCIENT.
Morandi S., et al.	2017	Intensive Case Management for Addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: an observational study	<i>Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy</i>
Moritz S., et al.	2016	More adaptive versus less maladaptive coping: what is more predictive of symptom severity? Development of a new scale to investigate coping profiles across different psychopathological syndromes	Journal of Affective Disorders
Ness O., et al.	2014	“Walking alongside.” collaborative practices in mental health and substance use care	International Journal of Mental Health Systems
Ness O., et al.	2014	Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives	<i>Adnamces in Dual Diagnosis</i>
Pang R.D., et al.	2017	Associations of anxiety sensitivity and emotional symptoms with the subjective effects of alcohol, cigarettes, and cannabis in adolescents.	<i>Addictive Behaviors</i>
Patel R., et al.	2015	Cannabis use and treatment resistance in first episode psychosis: a natural language processing study	<i>Lancet</i>
Price O., et al.	2017	Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings	<i>Journal of Advanced Nursing</i>
Rigliano P.	2015	Doppia diagnosi. Tra tossicodipendenza e psicopatologia	
Roncero C., et al.	2016	Professionals perception on the management of patient with dual disorder	In: Patient Preference and Adherence
Roncero C., et al	2015	Professionals’ perception on the management of patients with dual disorders	Patient Preference and Adherence
Roncero C., et al.	2014	Relevant Differences in Perception and Knowledge of Professionals in Different Spanish Autonomous Communities Regarding Availability of Resources for Patients with Dual disorders.	Actas Esp Psiquiatr
Terzoni S., et al.	2016	Validazione italiana della Brøset Violence Checklist (BVC) per la valutazione a breve termine del rischio di comportamenti violenti di pazienti in un'unità psichiatrica	<i>L’infermiere</i> [on line]
Thornton L.K., et al.	2012	Reasons for substance use among people with mental disorders	Addictive Behaviors

Le donne utilizzano sostanze psicotrope alla stregua degli uomini:

- preferiscono l'uso di cocaina
- diverse modalità nell'uso (in casa, benzodiazepine/alcool, automedicazione ect)
- diventano tossicodipendenti generalmente più tardi dell'uomo
- attuano comportamenti più rischiosi se hanno un partner forte assuntore

- Sperimentano più facilmente effetti avversi: irritabilità, nervosismo, **ansia**, paura, **depressione, insonnia**, mal di testa, senso di soffocamento e morte imminente, **psicosi, paranoia**.

Le donne con eventi psichiatrici:

- ✓ maggiormente coinvolte in tentati suicidi, incidenti stradali, manifestazione di aggressività come risse
- ✓ meno inclini a ricorrere ai servizi che se ne occupano
- ✓ maggior difficoltà nel recupero

Attualmente il consumo di droga in Europa è più ampio, le sostanze sono più forti di quanto non fossero vent'anni fa, le differenze tra Nazioni sono considerevoli:

in Italia la sostanza più rappresentata è ancora oggi **l'eroina** anche se si legge un calo dal 90% all'81%.

Incremento per altre sostanze:

la prevalenza del consumo di **cannabis** è circa cinque volte maggiore a quella di altre sostanze (nell'anno 2016 è >15, dato massimo registrato)

↑ anche **ecstasy** (MDMA) e **cocaina** (in linea con i dati europei).

Progressiva riduzione dell'età di inizio d'uso di cocaina (passa dai 35 ai 14 anni negli ultimi cinquant'anni).

Aumentano i casi di **poliabuso**, indicatore predittivo per le tendenze future e la probabilità di sviluppare comorbilità psichiatrica anche nei giovanissimi.

Nei pazienti che manifestano il **primo episodio psicotico**, la prevalenza di abusatori di cannabinoidi si aggira attorno al 34% e si rileva che al follow up il 50% continua a farne uso.

Dati dimostrano la presenza di un 16% di soggetti con eventi psichiatrici (proporzionalmente più frequenti nel genere femminile).

La sintomatologia che li porta all'attenzione dei servizi, va dall'agitazione all'aggressività.

IL POLICONSUMO STA DIVENTANDO L'ABITUDINE PIÙ DIFFUSA, GENERANDO PROBLEMI DI DIPENDENZE CROCIATE, DISTURBI PSICHIATRICI, DIFFICOLTÀ DI DIAGNOSI, DIVERSE EVOLUZIONI DELLE PATOLOGIE, SCARSA RISPOSTA AL TRATTAMENTO.

Macchia T., 2004

Gerlach J. et al., 2019

Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze, 2018

La **comorbidità**, o **doppia diagnosi**, è definita dall'Organizzazione mondiale della sanità come la «coesistenza nel medesimo individuo di un disturbo dovuto al consumo di sostanze psicoattive e di un altro disturbo psichiatrico» (OMS, 1995)

Rilevanza epidemiologica

Esiste una associazione tra i due disturbi

ODDS RATIO = 4,7: se è presente uno dei due disturbi c'è una probabilità 4,7 volte maggiore di avere anche l'altro rispetto alla popolazione generale

Disturbo da USO DI
SOSTANZE

Insorgenza nel corso della vita di un secondo disturbo

35% disturbo affettivo
45% disturbo ansioso
50% disturbo di personalità

DISTURBO
PSICHIATRICO

Rischio di sviluppare una forma di dipendenza rispetto alla popolazione generale

a seconda della patologia psych.
Da +1,5 a +3 R dip. alcol
Da +2,5 a +6 R dip. sostanze

Disturbo antisociale:
associazione più forte

ALCUNI DATI

- Nel 45% circa di individui **Americani** che usano droghe, coesistono disordini psichiatrici
- 17,5 milioni di Americani, l'8% degli adulti ha avuto, nell'anno precedente, esperienza di disordini psichiatrici seri, e di questi, si stima che 4 milioni di persone fanno anche uso di droghe.

Dei pazienti con DD: il 34% è seguito dai centri psichiatrici, il 2% da quelli per l'abuso e il 12% ricevono il trattamento per entrambi.

National Survey on Drug Use and Health, 2010

- il 70% degli individui **Spagnoli** con DUS, nell'arco della vita presenterà diagnosi di disturbo psichiatrico
- il 50% dei pazienti con diagnosi di disturbo psichiatrico, hanno storia di abuso di sostanze

Roncero C. et al, 2016

Prevalenza comorbilità psichiatrica tra utenti maggiorenni, a carico dei DSM in **Italia** si attesta attorno al 4% con differenze geografiche:

4,4 % nelle regioni settentrionali

3,3 % al centro

2,6% nelle regioni meridionali.

Soggetti prevalentemente M, celibi, raramente vivono in condizioni autonome (20%), o hanno figli (33%), il 75% dell'utenza totale ha completato la scuola dell'obbligo, solo il 25% ha un lavoro stabile, il 20% ha avuto problemi penali, tendenzialmente per reati contro il patrimonio; il 33% ha anamnesi familiare positiva per disturbi psichiatrici e il 18,5% per DUS

Clerici M. et al, 2013

Il concetto di doppia diagnosi è entrato nella realtà psichiatrica, derivandone effetti comportamentali e/o clinici evidenti

Giacomo E. et al, 2013

Le situazioni che possono concretizzarsi sono quattro:

- persona con disturbo psichiatrico che inizia l'uso di sostanze
- slatentizzazione di fenomeni psicopatologici in relazione all'uso di sostanze
- condizione psichiatrica temporanea
- consumo cronico di sostanze che determina l'inizio di una patologia psichiatrica persistente.

Determinare l'eziologia della comorbidità può portare al tipico dibattito se sia nato prima l'uovo o la gallina.

I sintomi dei disturbi mentali e dei problemi legati alla tossicodipendenza interagiscono l'uno con l'altro e si influenzano vicendevolmente

Cibin M. et al, 2011

Già di per sé la **dipendenza** è considerata un progressivo e compulsivo disturbo del cervello, caratterizzato da un ricorrente craving e rilascio di segnali che portano ad attuare comportamenti orientati alla ricerca della sostanza, nonostante lunghi periodi di astinenza

DSM-V, 2013



Quesiti

- Soggetto con disturbo psichiatrico e uso di sostanze: perché è un paziente difficile?
- Quali implicazioni per l'assistenza infermieristica?

GESTIONE DELLA SALUTE FISICA

- Scarsa cura di sé:
 - igiene, ambiente di vita, nutrizione
- Comorbilità fisica (epatiti, HIV, altre infezioni e patologie)
- Sintomi di astinenza
- Comportamenti nocivi
- Effetti avversi dei farmaci
- Maggiore rischio di morte prematura
- Conoscenze incomplete o errate sulla salute
- Tendenza a minimizzare i problemi di salute

Juel et al, 2018

Tra le prime dieci cause a livello globale di disabilità, ben quattro riguardano la salute mentale: depressione, disturbi da abuso di alcol, schizofrenia e disturbo bipolare

Portale ONDA 2019

SFERA SOCIALE E RELAZIONI

- ❖ Contesto di provenienza
- ❖ Problemi sociali, lavorativi, abitativi >> perdita delle relazioni significative
- ❖ Interazioni con forze dell'ordine e sistema giudiziario
- ❖ Uso strumentale della relazione



Thornton et al, 2012
Biondi et al, 2018
Fazel et al, 2018
Rigliano, 2015

Caratteristiche tipiche delle dipendenze:

instabilità su tutti i livelli

modalità tutto/nulla

incapacità a tollerare le frustrazioni

incapacità di autocontrollo, impulsività

reiterazione ossessiva

craving

ideazione suicidaria e suicidio

aggressività, comportamento violento, antisociale

EVOLUZIONE DEL QUADRO

- Fasi cicliche astinenza / ricadute

- Ri- ospedalizzazione

(sindrome da porta girevole)

Dellazzizzo et al, 2019

Biondi et al, 2018

Patel et al, 2015

- Outcome negativi legati al trattamento

resistenza alla molecola

aumento effetti collaterali

esclusione da trial clinici

Gerlach et al, 2019

- Problemi di gambling

Mannig et al, 2017

- Rapporto con i servizi

Searby et al, 2018

Morandi et al, 2018

AGGRESSIVITA'

Adgredior: ad-verso, contro, e *gradior*: andare, procedere

Aspetto del carattere o del comportamento che si configura in manifestazioni eccitate o violente

In psicologia: tendenza, o comportamento ostile e distruttivo.

Nel linguaggio freudiano compare come pulsione.

Aspetti fondamentali:

- ✓ **INTENTO**: volontà di arrecare danno;
- ✓ **AZIONE**: idonea a provocare un danno fisico con o senza aggressività verbale;
- ✓ **STATO VERBALE**: se l'aggressività non concomita con la rabbia, si parla di aggressività fredda o strumentale.

A. *diretta*: perdita del controllo degli impulsi, con l'intento di fare del male.

A. *indiretta*: condotte non finalizzate a colpire.

A. *verbale*: parole dure, offensive per affermare una certa pretesa nei confronti degli altri.

- **OGGETTO** dell'azione aggressiva → auto o etero-diretta
- **MODALITÀ** → impulsiva o pianificata
- **CONSEGUENZA** dell'azione attraverso le quali il soggetto mira ad ottenere cambiamenti → distruzione dell'oggetto o la realizzazione di lesioni fisiche non letali
- **COSTANZA NELLA BIOGRAFIA INDIVIDUALE** dei comportamenti aggressivi (a. di stato o a. di tratto)
- **SIGNIFICATO** dell'azione

IRRITABILITA': mancanza di tolleranza e di pazienza nei confronti degli altri



NEGATIVISMO: marcata e insistente opposizione nel rapporto interattivo

RISENTIMENTO: prevale il senso di ingiustizia e insoddisfazione, accadimenti non meritati

SOSPETTOSITA': il dubbio di essere denigrati, di risultare antipatici o addirittura detestabili

AGGRESSIVITÀ E DISTURBI PSICHIATRICI

Il **modello maschile della depressione** è caratterizzato da aggressività, rifiuto di aiuto, caduta nelle sostanze.

Nell'ambito dei **disturbi dell'umore**, due sono le componenti che descrivono la mania: l'euforia e l'aggressività.

Elevati livelli di aggressività premorboza si riscontrano in un elevata percentuale di pazienti con **disturbo ossessivo-compulsivo**.

Nella **schizofrenia** e nei disturbi psicotici globalmente considerati, a. rappresenta la causa che scatena la richiesta dell'intervento psichiatrico (manifestazioni, bensì come la rilevanza dei sintomi positivi, con l'aumentare dell'età tendono a ridursi nei pazienti istituzionalizzati).

In pazienti affetti da **anoressia nervosa** l'aggressività è eterodiretta, verso i genitori, gli amici e i terapeuti.

Nei pazienti con **bulimia nervosa**, la comorbilità con il disturbo borderline di personalità appare associato alla presenza di varie dimensioni sintomatologiche tra cui quella della rabbia e l'ostilità.

Il **disturbo antisociale di personalità**, è caratterizzato da a., ostilità, comportamenti oppositivi, scarsa socievolezza e rapporti conflittuali coi coetanei già da piccoli, predittivo di sviluppo di disturbi della personalità e nello specifico tipo **borderline**.

(L'alcolismo è associato a comportamenti a. e tratti di personalità antisociale, lo stesso dicasi per l'astinenza da nicotina).

In coloro i quali si trovano ad aver agito violenza o comportamenti minatori, sembrano presenti **tratti narcisistici**.

Nei **disturbi correlati all'uso di sostanze** si è osservato che la rabbia negli adolescenti, come l'impulsività, è uno degli indici correlati all'assunzione di tabacco, alcool e cannabinoidi:

↑ a. / ostilità sono risultati associati a > probabilità di abusare di una sostanza

↑ a. si riscontra in adolescenti M, delinquenti, che fanno uso di sostanze

adolescenti ↑ a. > uso di tabacco, alcool e altre sostanze, > frequenza di comportamenti devianti come furti, fughe da casa, atti violenti

AGGRESSIVITA' E SOSTANZE

- Associazione moderata tra uso di cannabis e violenza: la sostanza agisce sullo stato emotivo producendo PANICO – PERDITA DI CONTROLLO – PARANOIE – DEPERSONALIZZAZIONE
- Nei pazienti con disturbo mentale, l'intossicazione da cannabis può produrre un'esacerbazione della sintomatologia
- L'associazione violenza- cannabis può aumentare durante **l'astensione**, con manifestazione di esplosioni emotive

Dellazzizzo et al, 2019

- I comportamenti aggressivi aumentano in relazione all'uso di droghe e alcol, in particolare l'uso di sostanze aumenta di 14,5% il rischio di manifestare comportamenti aggressivi

Fazel et al, 2018

- L'episodio critico in questi pazienti è caratterizzato da elementi comuni:
 - iniziale agitazione psicomotoria severa di difficile gestione
 - imprevedibilità delle manifestazioni psicotiche
 - variabilità nel decorso dell'episodio

Gerlach et al, 2019

COMPORAMENTO PER PAZIENTI POTENZIALMENTE PERICOLOSI

S

STAND

Stare a distanza, 1 o 2 braccia di lunghezza.
Posizionarsi di lato, piuttosto che faccia a faccia

C

CONCISE

Non sprecare fiato con i pazienti agitati.
Esprimersi in maniera semplice e ripetersi se necessario

T

TALK

Parlare con tono di voce uniforme, coinvolto;
valutare tempestività e direttive delle risposte

O

OBSERVATION AWARENESS

Consapevolezza di ciò che si osserva.
Vigilare sui segnali emotivi e comportamentali: camminare su e giù, parlare da solo, essere bellicoso verso lo staff, essere offensivo e non seguire le indicazioni

A

ASK

Porre inizialmente domande semplici; evitare di essere provocatori; permettere al paziente di dire la sua, acconsentendo a dissentire

O

OPTION

Offrire alternative di trattamento e speranza.
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

Y

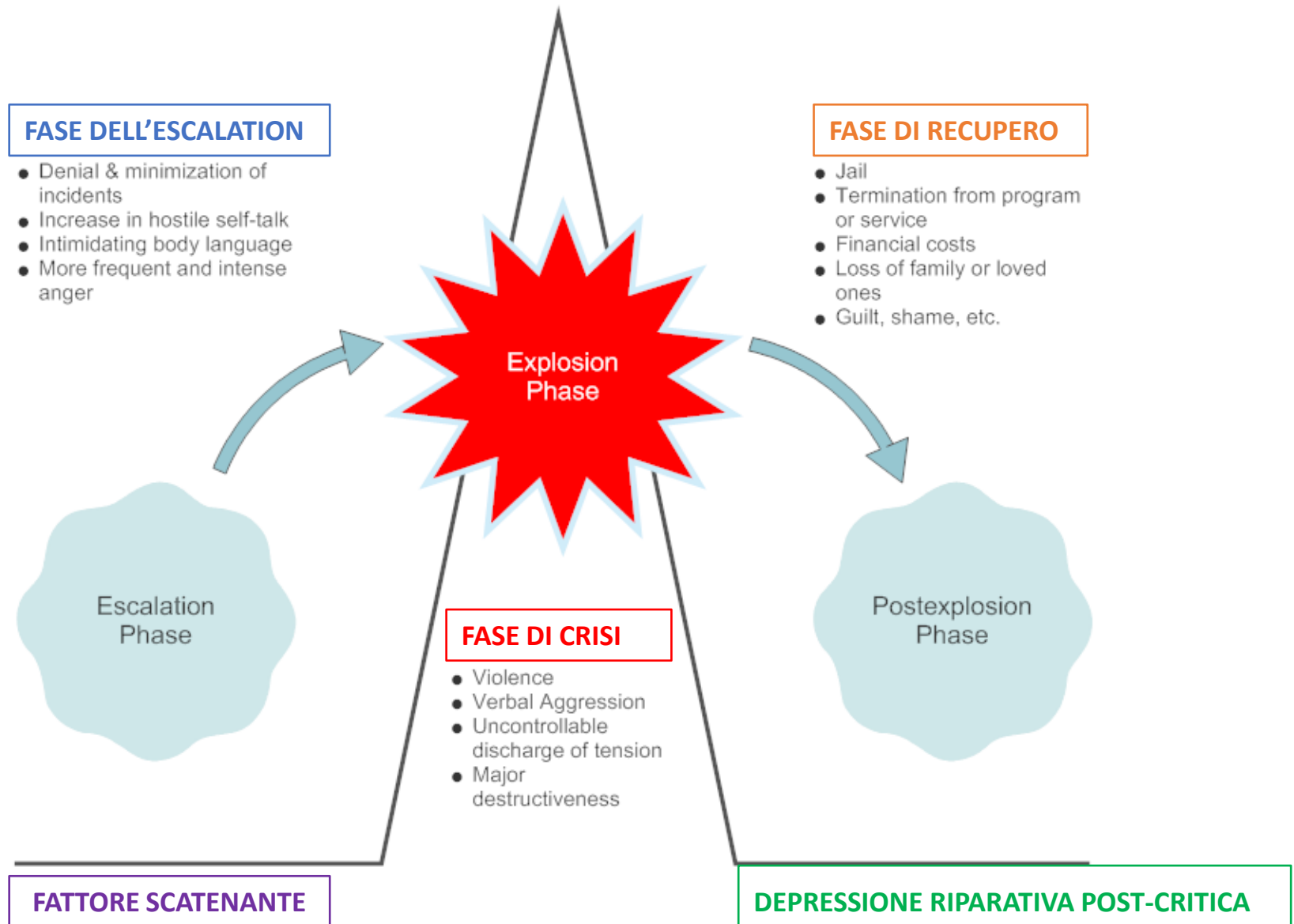
YELLOW

Non temere di passare per pauroso. Se si è spaventati uscire dalla stanza, allontanarsi e chiamare aiuto.
Meglio essere imbarazzati che percossi

L

LOOK/LISTEN

Essere rispettosi. Mantenere il contatto visivo ma non fissare.
Mantenere un'espressione neutrale.
Scoprire cosa vuole realmente il paziente e aiutarlo a determinare se è ragionevole o, in caso contrario, cosa può essere offerto in cambio



T
E
C
N
I
C
H
E
D
I
D
E
-
E
S
C
A
L
A
T
I
O
N

- utilizzare toni pacati
- utilizzare un linguaggio socio-culturale in linea con la persona
- non sovrapporsi alle parole della persona
- accertarsi di essersi fatti capire e capire
- non utilizzare toni accusatori o paternalistici
- non rispondere con toni aggressivi
- offrire da bere e da mangiare (sigaretta)
- portarlo mentalmente in un'altra dimensione e "annoiarlo"
- essere rispettoso della persona anche se si chiamano altre persone per essere aiutati
- suggerire nuove possibilità e alternative
- evitare espressioni come "no", "è colpa tua", "devi per forza fare questa cosa?"
- essere comprensivi nelle parole: "io capisco, mi dispiace", ma non nelle azioni: "non continuare a minacciare"
- spostarlo mentalmente e fisicamente dal luogo dell'aggressione
- non sorridere – potrebbe sentirsi preso in giro;
- spogliarsi di elementi che comunicano aggressività od offesa
- non assumere posizioni spavalde (es. puntare il dito)
- mantenere sempre il contatto visivo
- mantenere la distanza di sicurezza
- mantenere il contatto emotivo (risonanza-uguaglianza emotiva. Es. se lui si alza, anche io mi alzo)
- evitare qualsiasi contatto fisico, anche quando sembra che la situazione sia risolta

«l'incidenza di comportamenti violenti nei pazienti con diagnosi di schizofrenia o disturbo bipolare in fase acuta è 5 volte superiore a quella della popolazione generale e 12-16 volte maggiore se vi è un concomitante abuso di sostanze»

GESTIONE DELL'AGGRESSIVITÀ

Cosa comporta:

Infortuni operatori

Peggioramento delle condizioni di lavoro

Conseguenze sulla sfera emotiva



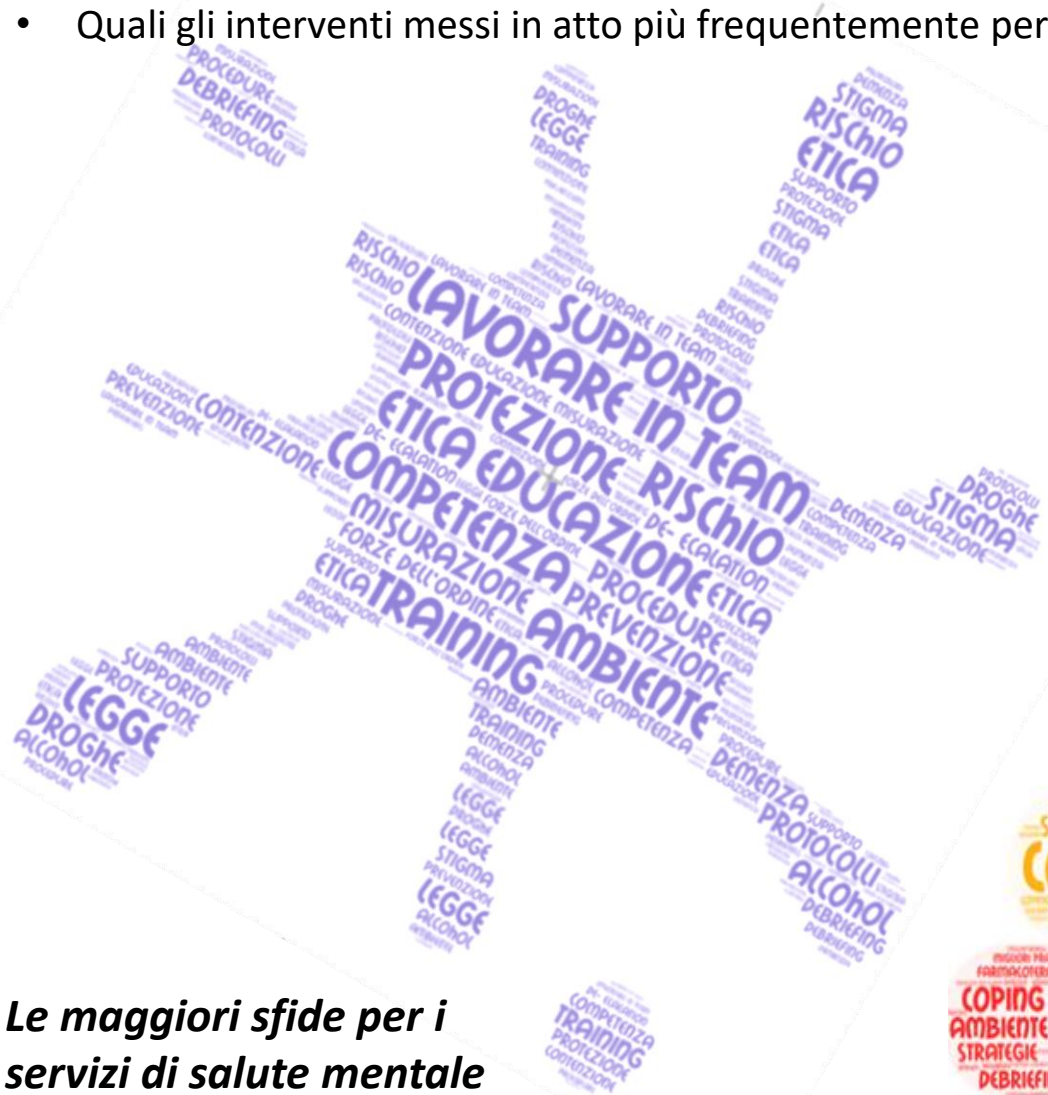
angoscia, ansia, sentimenti di frustrazione, perdita di controllo, irritabilità, paura e, nel lungo periodo, perdita di sicurezza sul lavoro, riduzione del senso di competenza professionale, paura dei pazienti, assenteismo, rassegnazione e richiesta di trasferimento in altri contesti

Rischio **Burn out**

GLI OPERATORI RICONOSCONO IL RUOLO DELL'ESPERIENZA NELLA LORO CAPACITÀ DI GESTIRE IL COMPORTAMENTO AGGRESSIVO

CHIEDONO DI AUMENTARE LE COMPETENZE E L'ADDESTRAMENTO

- Quali i professionisti coinvolti n=2739: NURSE (1598) PSYCHIATRIST (295) PSYCHOLOGIST (195)
- Anni di esperienza lavorativa
- L'ultima volta che hanno ricevuto formazione in merito
- Quali gli interventi messi in atto più frequentemente per gestire la violenza



Le maggiori sfide per i servizi di salute mentale



Are prioritarie



**CONTROLLO
DELLE
PROPRIE
EMOZIONI**

*Autoconsapevolezza.
Capacità di calmarsi,
liberarsi da ansia, tristezza,
irritabilità*

**CONOSCENZA
DELLE
PROPRIE
EMOZIONI**

**COMPETENZA
EMOTIVA**

**MOTIVAZIONE DI
SE' STESSI**

*Concentrarsi
sull'obiettivo.
Ritardare la
gratificazione.
Gestire l'impulso*

**GESTIONE
DELLE
RELAZIONI**

*Dominare le proprie e le emozioni altrui.
Continuare a 'pensare' anche in
situazioni di turbolenza prodotta dalle
emozioni degli altri.*

**RICONOSCIMENTO
DELLE EMOZIONI
ALTRUI**



Quesiti

- Soggetto con disturbo psichiatrico e uso di sostanze: perché è un paziente difficile?
- Quali implicazioni per l'assistenza infermieristica?

Price O. et al. (2017)

Patient perspectives on barriers and enablers to the use and effectiveness of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings

Journal of Advanced Nursing

- Ricerca descrittiva
- METODO: Interviste semi-strutturate
26 pazienti

- Scopo:

Quali fattori rendono difficile al paziente gestire la propria aggressività?

Quali fattori invece lo facilitano?

Risultati: FATTORI OSTACOLANTI

- Interventi degli operatori vissuti come controllo e restrizione
- Regole numerose e arbitrarie
- Reazioni emotive negative degli operatori (frustrazione, rabbia)
- Distanza nella relazione tra infermiere e paziente
- Fase acuta della malattia
- Mancanza di tempi e spazi per scaricare la tensione

Risultati: FATTORI FACILITANTI

- Coinvolgimento attivo del paziente
- Regole flessibili
- Vicinanza e reciprocità nella relazione
- Aree predisposte
- Possibilità di esprimere critiche

VISSUTO DEL PROFESSIONISTA

nella gestione del paziente con doppia diagnosi

- Nuova tipologia di paziente
- Perdita di motivazione, senso di impotenza
- Competenze specifiche incomplete
- Scarse risorse disponibili o scarsa conoscenza delle risorse
- Scarsa integrazione tra i diversi servizi
- Stato di allerta
- Contrasto bisogni rilevati / rifiuto assistenza

Maagerø-Bangstad et al. 2019

Brekke et al. 2018

Priebe et al. 2018

Biondi, Picardi 2018

Ness et al. 2014

Dilemmi che il professionista si trova ad affrontare all'interno della relazione

- Senso di padronanza / impotenza sulla situazione
- Atteggiamento autorevole / assenza di giudizio verso il paziente

PROBLEMA DELLA SCARSA COMPLIANCE dovuta a:

- Difficoltà di incontro con i servizi
- Negazione del problema
- Mancanza di motivazione al cambiamento
- Difficoltà di coinvolgimento nelle attività
- Uso di sostanze come automedicazione e come strategia di «coping» (non adattivo)

Biondi et al. 2018

Morandi et al. 2017

Ness et al. 2014

INTERVENTI EDUCATIVI SPECIFICI da svolgere con soggetti che usano sostanze

- Stimolare la responsabilità e la consapevolezza della propria condizione
- Insegnare nuove strategie di coping

Thornton 2012

- Illustrare le regole di reparto
- Informare sulla salute generale
- Informare sui rischi correlati all'uso di sostanze
- Supportare nella scelta di un percorso riabilitativo

Biondi et al. 2018

ALTRI ELEMENTI SPECIFICI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- Accertamento difficoltoso e parziale
- Monitoraggio continuo di variazioni dello stato emotivo e dei fattori di rischio
- Sorveglianza uscite / visite
- Gestione dei rapporti con la famiglia

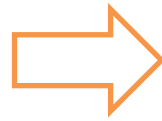
LA RELAZIONE CON IL PAZIENTE

come superare la difficoltà di gestione

- Comunicazione
- Negoziazione
- Motivazione al cambiamento
- Alleanza terapeutica

Emozioni espresse dai pazienti

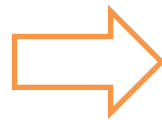
- impotenza
- vuoto
- paura



NON ESSERE IN GRADO
DI FAR FRONTE ALLA VITA
DI TUTTI I GIORNI
SENZA L'USO DI DROGHE

Kronenberg et al. 2014

- non essere capiti
- sentirsi respinti
- mancanza di aiuto



PREGIUDIZIO
STIGMA

Brown et al. 2015
Graham et al. 2016
de Crespigny et al. 2016
Ness et al. 2014

Priebe L., Wiklund Gustin L., Fredriksson L. (2018)

A sanctuary of safety:

A study of how patients with dual diagnosis experience caring conversations

International Journal of Mental Health Nursing

- Ricerca qualitativa di tipo descrittivo ed esplorativo
- METODO: - colloqui tra infermieri e pazienti
- interviste semi-strutturate ai pazienti
- PARTECIPANTI: - pazienti adulti in fase compensata con diagnosi di disturbo psichiatrico + uso di sostanze
- infermieri esperti nel *caring conversation*

SCOPO:

in che modo i pazienti percepiscono e vivono l'interazione con gli infermieri?

RISULTATI: LE PERCEZIONI DEL PAZIENTE nella relazione con l'infermiere

«SANTUARIO» - «OASI» - «RIFUGIO»

Il momento di interazione con l'infermiere, il colloquio, l'essere ascoltato forniscono al paziente:

senso di sicurezza

sentimenti reciproci di fiducia, onestà, rispetto

possibilità di esprimersi senza sentirsi giudicati (assenza di pregiudizio)

minore paura di essere respinti

diminuzione della sofferenza

possibilità di analizzare insieme le cause

aumento dell'autostima

Risultati: ELEMENTI PER STABILIRE UNA
RELAZIONE TERAPEUTICA EFFICACE

- rispetto, non pregiudizio, ascolto attivo
- tempo dedicato alla relazione
- la relazione come strumento di partenza per il percorso di recupero

Brekke E., Lien L. & Biong S. (2018)
Experiences of Professional Helping Relations by Persons
with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders
Int J Ment Health Addiction

- Ricerca qualitativa
- METODO: Interviste a pazienti con disturbo mentale e uso di sostanze
- SCOPO:
quali sono i comportamenti e le attitudini dei professionisti che favoriscono il percorso di recupero, secondo il paziente?

Risultati: **COMPORAMENTI E ATTITUDINI DEI PROFESSIONISTI che favoriscono il percorso di recupero**

- **SPERANZA E PREMURA:**

accettazione, capacità di ascolto, atteggiamento non autoritario, sicurezza di sé e consapevolezza del ruolo, senso di dignità, condivisione delle esperienze

- **IMPEGNO:**

tempo dedicato, insistenza nel mantenere i contatti

- **FRANCHEZZA E ONESTÀ NELLE ASPETTATIVE**

- **AZIONE E CORAGGIO:**

aiuto nella risoluzione di problemi pratici, diminuzione del senso di solitudine, stimolo all'attività fisica e all'acquisizione di nuove abilità, utilizzo di varie strategie per individuare la modalità di intervento più idonea, coinvolgimento attivo

PAZIENTE

Compliance scarsa
Salute fisica trascurata
Sfera sociale problematica
Outcome negativi

percezioni / emozioni

Impotenza
Vuoto
Paura di non farcela
Pregiudizio
Scarsa comprensione

INFERMIERE

Interventi educativi
Alleanza terapeutica
Gestione aggressività

percezioni / emozioni

Stato di allerta
Competenze parziali
Impotenza
Perdita motivazione
Contrasto
Dilemmi nella relazione



RELAZIONE



COMUNICAZIONE NEGOZIAZIONE
MOTIVAZIONE RISPETTO
SICUREZZA
PARTECIPAZIONE ATTIVA
STRUMENTI APPOSITI

+ CONDIVISIONE, DIALOGO

+ COMPETENZE SPECIFICHE

+ INTEGRAZIONE DEI SERVIZI

Grazie !