



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di laurea triennale

**LA RELAZIONE TERAPEUTICA TRA PERSONALE
INFERMIERISTICO E PAZIENTE AFFETTO/A DA
SCHIZOFRENIA IN FASE ACUTA**

Relatore: Prof.ssa Boldrin Pamela
Correlatore: Dr. Fileccia Giuseppe Emanuele

Laureanda: De Bona Alice Sophie
Matricola n. 1236835

Anno accademico 2021/202

Abstract

Background: La schizofrenia è una patologia psichiatrica che porta il paziente ad avere un profondo distacco dalla realtà e senso di disagio.

Nasce quindi il bisogno che il personale infermieristico sia adeguatamente formato per la cura e la gestione di tale patologia, favorendo il massimo benessere dei pazienti.

L'obiettivo di questa revisione è quello di dare degli strumenti e delle conoscenze necessarie per attuare un valido piano di cura che dia beneficio all'assistito attraverso metodiche utilizzate dal personale infermieristico, mettendo in primo luogo e favorendo la relazione intesa come strumento di cura, rispetto a una pura e semplice somministrazione farmacologica e contenitiva.

Materiali e metodi: Per la ricerca del materiale bibliografico è stata usata la banca dati pubmed, nella quale sono stati selezionati 8 articoli. Sono stati usati inoltre anche un libro di testo e un manuale.

Risultati: gli articoli individuati si dividono in 7 revisioni di letteratura e 1 clinical trials.

La ricerca è stata integrata con un libro di testo, un manuale diagnostico e siti ministeriali.

Conclusioni: Il personale infermieristico all'interno di un reparto di Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura è la figura professionale che ha il maggior contatto con il paziente.

In questa revisione di letteratura viene evidenziato il ruolo fondamentale che assume l'infermiere/a nel processo di cura, grazie all'instaurarsi della relazione terapeutica tra esso e il paziente affetto da schizofrenia in fase acuta, fornendo dei punti chiave per eseguire correttamente delle tecniche di de-escalation durante una crisi nella fase acuta della malattia.

La schizofrenia è una malattia che destabilizza totalmente chi ne è affetto, dunque trovare delle strategie per aiutare i pazienti ad alleviare la sofferenza e riuscire ad avere una buona qualità di vita è l'obiettivo principale del progetto terapeutico.

INDICE

1. INTRODUZIONE	3
2. BACKGROUND	5
2.1 La schizofrenia	5
2.2 Eziologia	5
2.3 Eziopatogenesi	5
2.4 Diagnosi	6
2.5 Sintomi	7
2.6 Tipi di aggressività	8
2.7 Terapia	8
2.8 Il ruolo dell'infermiere in SPDC	10
2.9 La relazione terapeutica	11
2.10 Il colloquio	12
2.11 Tecniche di de-escalation	14
3. MATERIALI E METODI	21
3.1 Obiettivo	21
3.2 Stringhe di ricerca	21
3.3 Disegno dello studio e PICO	22
3.4 Criteri di inclusione ed esclusione	22
4. RISULTATI DELLA RICERCA	23
4.1 Sintesi dei risultati	28
5. DISCUSSIONE	33
5.1 Discussione dei risultati	33

5.2 Implicazioni per la pratica	33
5.3 Implicazioni per la ricerca	34
6 CONCLUSIONI	35
BIBLIOGRAFIA	
SITOGRAFIA	

1.INTRODUZIONE

La salute mentale è parte integrante della salute e del benessere; come viene enunciato nella definizione di salute della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non semplice assenza di malattia" (OMS, 2013).

La schizofrenia è una delle malattie psichiatriche più diffuse, si stima infatti che le persone affette in Italia attualmente siano 245 mila e nel mondo 24 milioni.

È di fondamentale importanza che i pazienti abbiano delle strutture di cura con personale infermieristico adeguatamente addestrato, conoscendo le difficoltà che porta a una persona questa malattia.

La figura dell'infermiere/a nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura assume un ruolo essenziale in quando si instaura una relazione terapeutica tra esso e il paziente, fondamentale per il percorso terapeutico.

Con il termine "relazione terapeutica" si indica una relazione basata sulla fiducia, ascolto attivo, empatia ed aiuto, volta ad avere un obiettivo ben preciso, ossia il benessere psicofisico del paziente, miglioramento degli outcomes assistenziali e migliore aderenza alla terapia.

L'obiettivo di questa revisione è far comprendere l'importanza della relazione terapeutica che si instaura tra infermiere/a e paziente schizofrenico durante uno scompenso in fase acuta all'interno di un servizio psichiatrico di diagnosi e cura, soffermandosi in particolar modo a descrivere quali strategie l'infermiere/a mette in atto, in modo da non favorire come primo trattamento quello farmacologico o contenitivo.

Il nursing psichiatrico si basa sul rapporto infermiere/a-paziente, fondamentale in quanto la patologia psichiatrica manifesta forti difficoltà sul piano sociale e relazionale.

Per l'infermiere/a che lavora in SPDC è fondamentale avere un'accurata preparazione in modo che sia pronto a gestire al meglio le crisi dei pazienti, le quali sono parte integrante e caratteristica della patologia psichiatrica.

Durante il periodo di tirocinio clinico che ho praticato presso l'U.O. SPDC 3 di Padova, ho potuto osservare come la figura dell'infermiere/a sia fondamentale all'interno dell'unità operativa e di come la relazione aiuti il paziente nella gestione della crisi, potendo sperimentare in prima persona con i pazienti l'utilizzo di queste tecniche, traendone beneficio.

Questo lavoro raccoglie i risultati di uno studio condotto tramite banche dati (pubmed), libri di testo, manuali e articoli scientifici, ripercorrendo la storia della psichiatria e soffermandosi su quali siano i luoghi di cura attuali dei pazienti psichiatrici evidenziando quali figure entrano in contatto con il trattamento del paziente, soffermandosi sull'eticità che sta alla base del trattamento con il paziente, ossia vedendolo come una persona con i propri bisogni e una dignità, senza farsi condizionare dallo stigma che caratterizza la patologia psichiatrica.

2. BACKGROUND

2.1 La Schizofrenia

Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) la schizofrenia è una malattia psichiatrica, deriva dal greco schizo (ossia separare/scindere) e phrenie (il cui significato è mente). (2)

Questa parola ci fa capire come la mente sia scissa dalla realtà e il comportamento dei pazienti che ne sono affetti sia particolarmente debilitante sotto la sfera emotiva, delle relazioni interpersonali e la percezione della realtà esterna.

È una malattia che ha un profondo impatto sia sull'individuo che sulla società. (3)

È una delle malattie psichiatriche più diffuse, si stima infatti che le persone affette in Italia attualmente siano 245 mila e nel mondo 24 milioni. (16)

La schizofrenia fa parte delle psicosi, definite come “malattie psichiche gravi che compromettono il rapporto con la realtà, attraverso disfunzioni di uno o più ambiti cognitivi (percezione, coscienza, pensiero), affettivi e comportamentali”. (Colombo et al.)

In particolare, si caratterizzano per la presenza di deliri e allucinazioni e, nella patologia schizofrenica, per un impoverimento generale dei processi del pensiero e nelle relazioni sociali. (14)

2.2 Eziologia

L'eziologia della schizofrenia è una combinazione di fattori genetici e ambientali.

Ha un tasso di frequenza variabile tra 0,4 e 0,9%; più frequente tra i 15 e i 35 anni, inizia generalmente in tarda adolescenza o prima età adulta, con uguale distribuzione tra i due sessi. (14)

2.3 Eziopatogenesi

Sono stati indicati vari fattori come responsabili dell'insorgenza di questo disturbo.

Si pensa che la malattia sia il risultato di un'interazione tra variabili biologiche, psicologiche e ambientali, riconducendoci una causalità di tipo multifattoriale.

I fattori possono essere ereditari, sembra che la trasmissione genetica non sia diretta ma viene ereditata solo la predisposizione o meno alla malattia, che può essere poi sviluppata o meno.

Altri fattori da tenere in considerazione sono i fattori biologici, sembra confermata la presenza di alcune alterazioni metaboliche e di regolazione di alcuni neurotrasmettitori, in particolare la dopamina.

Le allucinazioni e i deliri sono in relazione con un'aumentata attività dopaminergica. Fattori caratteriologici sono stati indicati, la malattia tende infatti a colpire tratti di persone con tendenza alla chiusura, apatia.

I fattori socio ambientali sono molto importanti da tenere in considerazione, infatti situazioni di emarginazione, deriva sociale, conflitti ambientali e familiari sembra che incidano nello sviluppo della malattia. (14)

È stato evidenziato che chi ha vissuto o vive in un ambiente urbanizzato è maggiormente a rischio di svilupparne la patologia, così come chi fa un abuso continuo e prolungato di sostanze e droghe.

È stato infatti studiato come l'assunzione di un certo numero di droghe come cannabis, cocaina e anfetamine crei al paziente una maggior probabilità di sviluppare la malattia. (4)

Altre cause possono essere l'isolamento sociale, storie di abusi e grandi stress psicofisici.

2.4 Diagnosi

Viene diagnosticata dopo una diagnosi condotta da un medico psichiatra, è fondamentale inoltre escludere che non si tratti di una causa organica.

Secondo il DSM-5 per avere una diagnosi di schizofrenia deve esserci la presenza di almeno due dei seguenti sintomi: deliri, allucinazioni, comportamento catatonico o poco organizzato, eloquio disorganizzato e sintomi negativi (come una diminuzione dell'espressione delle emozioni e abulia). I disturbi devono comunque persistere per più di 6 mesi. (2)

Sono state definite varie forme cliniche di schizofrenia, in base alla sintomatologia presentata.

- Schizofrenia simplex: è una forma che esordisce precocemente, ha un'evoluzione molto lenta e progressiva. È tipica di un carattere schizoide, presenta un impoverimento graduale delle funzioni cognitive e affettive con un asprimento delle relazioni sociali un distacco sempre più profondo dalla realtà. È una forma a prevalenza di sintomatologia negativa.

Sono scarsi o quasi assenti i sintomi positivi.

- Schizofrenia disorganizzata: è una forma ad esordio precoce, caratterizzata da comportamenti ed eloquio disorganizzati, discordanza affettiva, bizzarria, allucinazioni e deliri mal sistemizzati, per lo più a tema ipocondriaco e persecutorio.
- Schizofrenia paranoide: è una forma che presenta aspetti dissociativi e impoverimento globale.

Esordisce tardivamente rispetto alle altre forme (25-35 anni), in maniera solitamente acuta e improvvisa, talvolta scatenata da eventi esterni.

La sintomatologia è di tipo positivo, con deliri e allucinazioni uditive, non presenta particolari segni di disorganizzazione.

- Schizofrenia catatonica: è una tipologia poco presente, caratterizzata da sintomi catatonici. (14)

2.5 Sintomi

I primi sintomi solitamente si manifestano tra la tarda adolescenza e la prima età adulta.(5)

Recentemente è stata resa nota una distinzione tra schizofrenia a sintomatologia prevalentemente negativa, (caratterizzata quindi da apatia, chiusura, impoverimento, alogia, abulia, scarsa adesione alla vita sociale, disabilità funzionali e cognitive) (6)e schizofrenia a sintomatologia prevalentemente positiva (caratterizzata da deliri e allucinazioni), quest'ultima è più sensibile alla terapia e ad una prognosi migliore. (14)

I sintomi positivi sono deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato, sintomi che tendono a ricostruire una realtà anche se alterata.

2.6 Tipi di aggressività

Tra i vari sintomi che possiamo trovare in un paziente affetto da schizofrenia in fase acuta, ossia durante un delirio, possiamo trovare l'aggressività.

L'aggressività può essere sia auto che etero diretta.

È quindi fondamentale per il personale infermieristico riuscire a riconoscere quando sta per accadere un episodio di crisi e riuscire a gestirlo nel migliore dei modi, evitando lesioni sia dell'assistito che del personale sanitario e degli altri pazienti.

È fondamentale sapere che questo avviene quasi esclusivamente quando c'è una mal gestione della terapia o non adesione, in quanto i pazienti che assumono correttamente la terapia riescono a condurre una vita quasi normale. (7)

2.7 Terapia

Nell'assunzione della terapia farmacologica è fondamentale l'omogeneità attorno al paziente, più verrà percepito questo più rientrerà dalla scissione provocata dalla malattia. La terapia si basa sull'assunzione dei farmaci, accompagnata dalla terapia cognitivo comportamentale e colloqui con personale sanitario come psicologi, psichiatri e personale infermieristico.

La schizofrenia è una malattia cronica, richiede un trattamento a lungo termine con dei farmaci antipsicotici.

Gli antipsicotici sono farmaci usati nella cura delle psicosi.

Il meccanismo d'azione va ad agire sul blocco degli effetti della dopamina.

La loro azione nei confronti dei disturbi psicotici richiede periodi abbastanza lunghi per iniziare a produrre effetto, in genere dalle 2 alle 4 settimane.

È per questo motivo molto importante non interrompere mai la terapia e farne un'assunzione corretta.

Vengono classificati in antipsicotici di prima e seconda generazione.

Gli antipsicotici di prima generazione, oltre a bloccare gli effetti della dopamina, esercitano anche diverse azioni su altri sistemi, dunque possono provocare effetti

avversi come irrequietezza, disturbi del movimento, sedazione, aumento del peso corporeo, ritenzione urinaria, stitichezza, tachicardia.

Gli antipsicotici di prima generazione includono: clorpromazina, flufenazina, aloperidolo, clotiapina, promazina.

Gli antipsicotici di seconda generazione agiscono bloccando sia gli effetti della dopamina, sia della serotonina.

Sono farmaci molto efficaci per il delirio e l'allucinazione, in particolare si è visto un'efficacia particolare nelle persone con schizofrenia della clozapina.

Questa seconda classe di farmaci ha effetti meno avversi, e vengono quindi di solito preferiti rispetto a quelli di prima generazione.

Gli antipsicotici di seconda generazione includono: aripipazolo, asenapina, brexiprazolo, cariprazina, clozapina, iloperidone, lurasidone, olanzapina, paliperidone, quetapina, risperidone, ziprasidone.

Per i pazienti la cui assunzione della terapia è problematica, si prevede una somministrazione di farmaco a rilascio prolungato tramite iniezione sottocutanea o intramuscolare, ogni 2 o 4 settimane. (16)

È cura del personale infermieristico saper riconoscere effetti avversi dei farmaci somministrati e cosa fare nel caso dovessero verificarsi.

Durante la fase acuta della malattia è necessaria l'ospedalizzazione in SPDC dove si procede per trovare una terapia attua al benessere del paziente.

È fondamentale un approccio psicologico e riabilitativo con il paziente.

Il ruolo infermieristico è molto importante, stabilire una relazione terapeutica con il paziente permette di far aderire meglio alla terapia, promuove l'apertura al dialogo e si ha un miglior riscontro terapeutico.

Come abbiamo visto non si tratta quindi di una terapia unilaterale ma è basata sulla reciprocità, fiducia e assunzione della terapia farmacologica.

Lo scopo della terapia farmacologica è quello di dare autonomia al paziente, grazie alla quale riuscirà ad avere una buona qualità di vita nonostante la malattia.

Grazie ad un trattamento farmacologico continuo si riduce la probabilità di ricadute e i ricoveri ospedalieri.

2.8 Il ruolo dell'infermiere in SPDC

L'infermiere all'interno del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura ricopre dei ruoli fondamentali, è responsabile dell'andamento terapeutico del paziente, monitorando costantemente lo stato di salute, si occupa dell'assunzione della terapia farmacologica ed è la figura che interagisce di più con esso all'interno dell'unità operativa.

È fondamentale in questo ambito l'aspetto relazionale, visto come parte integrante della cura stessa. (15)

È molto importante assumere un comportamento empatico con il paziente, riuscire a stabilire una relazione d'aiuto basata sulla reciprocità.

Questo tipo di connessione con il paziente mi permette di avere un miglior riscontro terapeutico, in quanto avrà fiducia nell'infermiere/a di riferimento e riuscirà ad esprimere anche i suoi dubbi, tensioni, perplessità.

Durante una crisi, avendo formato una relazione precedentemente basata sulla stima e fiducia, l'infermiere/a riuscirà ad entrare in contatto con la realtà del paziente e cercare di capire attraverso le parole cosa lo affligge, e spiegargli quanto è importante assumere la terapia per riuscire a superare la crisi e avere un miglior risultato terapeutico. (7)

È fondamentale la collaborazione con altri professionisti come psichiatri, psicologi, dove ognuno esprime una propria visione sul paziente e si cerca di lavorare in modo trasversale, dunque in equipe.

I momenti di debriefing con le altre figure professionali che collaborano alla salute del paziente sono alla base di un buon progetto di cura.

È inoltre fondamentale che l'infermiere consideri il paziente come una persona con dignità, con i propri valori e la propria vita al di fuori di quello che è la malattia.

Il compito dell'infermiere/a in questi contesti è quello di sviluppare un rapporto basato su umanità, reciprocità, sintonia e senso di appartenenza con i propri pazienti, i quali sentiranno di relazionarsi con loro come persone e non come semplici destinatari di servizi. (Hartley et al.)(15)

L'infermiere in SPDC deve:

- Astenersi da giudizi rispetto reazioni o comportamenti manifestati dal paziente
- Saper adattare delle chiavi di lettura della realtà, diverso dagli altri reparti di degenza
- Saper ascoltare, riuscire a creare un ascolto attivo con il paziente
- Creare una relazione terapeutica
- Assicurarci della cura del paziente, monitorando segni e sintomi di malattia e parametri vitali
- Assicurarci che la terapia farmacologica venga assunta correttamente

È importante ricordare che quasi sempre le crisi dovute dalla malattia sono dovute da una mal gestione o astensione della terapia.

L'infermiere mette in atto alcune tecniche durante la gestione della terapia e della cura come l'ascolto attivo, il colloquio e per la gestione delle crisi del paziente come tecniche di de-escalation.

2.9 La relazione terapeutica

Per relazione terapeutica si intende una relazione volta al benessere, instaurata tra professionista e paziente.

Questo concetto nasce dal concetto di "alleanza terapeutica", espressione definita dallo psichiatra americano Edward Bordin come "un reciproco accordo riguardo agli obiettivi del cambiamento e ai compiti necessari per raggiungere gli obiettivi, insieme allo stabilirsi dei legami che mantengono la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico" (Bordin,1979)

Secondo lo psichiatra, l'alleanza è dunque formata da 3 fattori:

1. Gli obiettivi che l'intervento terapeutico vuole produrre
 2. I compiti, ossia le attività specifiche che il paziente deve svolgere per il raggiungimento degli obiettivi
 3. I legami affettivi che si instaurano tra il paziente e il professionista sanitario
- (8)

La relazione terapeutica tra l'infermiere e l'assistito è caratterizzata da 3 fasi: (Briant S, et al., 1998)

1. Fase di orientamento, in questa fase le basi del rapporto si definiscono e la fiducia inizia a svilupparsi.
2. Fase del lavoro, ossia l'identificazione dei problemi e dei possibili modi per la risoluzione.
3. Fase di risoluzione, ovvero quando si è raggiunto un risultato e può quindi avvenire la fine del rapporto.

La relazione può essere influenzata da alcuni fenomeni interpersonali basati su preconcetti che uno ha dell'altro quali altre relazioni interpersonali, l'ansia, il pensiero, i modelli di apprendimento, le competenze e la conoscenza di se. (9)

È fondamentale riuscire a creare questo tipo di rapporto dove ci deve essere uno scambio tra personale infermieristico e paziente, è un lavoro di collaborazione e scambio reciproco.(15)

Questo è un nodo fondamentale in quanto l'assistenza risulta personalizzata per ogni paziente.

La comunicazione deve essere efficace, in modo da creare e mantenere un buon livello di relazione, e per arrivare a questo risultato è fondamentale conoscere in modo approfondito la storia dell'assistito/a.

La relazione terapeutica mira a potenziare le risorse del paziente.

È fondamentale ricordare che l'infermiere è il professionista sanitario che sta più a contatto con il paziente, ha dunque una grande potenzialità nell'influenzare i comportamenti e gli atteggiamenti di quest'ultimo. (15)

2.10 Il colloquio

Il colloquio è un momento terapeutico.

È un fondamentale momento sia per il personale che per l'assistito e bisogna saperlo gestire al meglio.

Nell'articolo "Il colloquio in situazioni psichiatriche di crisi", di L.Loretto et al. vengono descritti i principi fondamentali che stanno alla base di un colloquio clinico. (10)

Ci sono delle accortezze da seguire se si considera che sia efficace, possiamo racchiuderle sotto i seguenti punti:

- Creare un ambiente di comfort per il paziente. Favorire luoghi silenziosi dove possa sentirsi al sicuro e non giudicato, chiedere eventualmente se ha delle preferenze.
- Garantire la sicurezza fisica delle persone. Uno degli obiettivi prioritari è preservare l'integrità fisica delle persone che sono coinvolte nel colloquio, sia quella del soggetto in crisi (aggressività autodiretta), sia quella del personale sanitario (aggressività eterodiretta).
- Usare un tono di voce adeguato al contesto.
- Osservazione e controllo della comunicazione non verbale: è importante saper riconoscere la comunicazione non verbale del paziente, sia per capire se si sente a suo agio nel momento del colloquio, sia per capire i vari stati emotivi. La comunicazione non verbale è costituita da linguaggio orale (volume, velocità, ritmo, pause, sospiri e ritmo del respiro), mimica facciale (espressività) e posizione del corpo (rigido o rilassato).
- Comunicare disponibilità all'aiuto: in una relazione terapeutica è fondamentale la comunicazione chiara e l'empatia di entrare davvero in una relazione d'aiuto con il paziente.
È di fondamentale importanza rassicurare il paziente nell'intenzionalità di fornirgli aiuto per qualunque problematica e la disponibilità a chiarire eventuali dubbi.
- Fornire informazioni al paziente: è un punto chiave sul rapporto di fiducia. Fornire le informazioni al paziente ci permette di entrare in complicità e sviluppare una buona relazione terapeutica.
È utile fornire informazioni chiare, in base al livello di comprensione del paziente con cui ci troviamo ad interfacciarci.
Inoltre informarlo sulle condizioni di salute e comunicando notizie vere aumenta notevolmente la fiducia tra personale e paziente.
- Riportare il paziente alla realtà durante un delirio: tra le varie funzioni del colloquio c'è anche quella di saper portare il proprio paziente alla realtà.

Anche nella crisi più acuta può esserci un minimo contatto con la realtà, la quale può essere riagganciata.

- Non creare e reagire alle provocazioni: è importante riuscire a cogliere quali elementi provocatori i pazienti ci danno.

Solitamente i pazienti psichiatrici sono molto richiestivi ed insistenti ed un bravo professionista sa gestire la situazione. (10)

Per evitare che si scatenino crisi, il personale non dovrebbe fornire degli stimoli non verbali ad esempio sensazione di noia, pesantezza, fastidio, atteggiamento giudicante, oppure ambientali come le lunghe attese al paziente, la presenza o meno di altri pazienti in crisi. (11)

Durante il colloquio è cura dell'infermiere indagare di che tipo di allucinazioni si tratta se il paziente acconsente.

Far presente al paziente che noi non sentiamo quelle voci, ma comprendiamo il suo dolore e siamo pronti ad aiutarlo è molto importante.

Indagare anche su che tipo di voci sono, se rassicuranti, se ha paura di quelle voci, mi può aiutare a capire come aiutarlo, e mi permette anche di capire in che livello di rischio mi trovo.

Un paziente che sente delle allucinazioni uditive che lo rassicurano è diverso rispetto ad un altro che ha delle allucinazioni uditive che lo scoraggiano e invocano a fare delle cose sbagliate.

L'assistito deve essere creduto nella sofferenza che manifesta.

2.11 Tecniche di de-escalation

Quando un paziente in SPDC ha una crisi è importante attuare delle tecniche accostate al trattamento farmacologico per riuscire ad aiutarlo nel gestire e superare questo momento.

Le tecniche di de-escalation sono una serie di interventi basati sulla comunicazione verbale e non verbale che hanno l'obiettivo di diminuire l'intensità dell'aggressione e dell'aggressività nella relazione interpersonale. (11)

Usa tecniche che aiutano le persone con aggressività o agitazione ad autocontrollare le proprie emozioni e autogestire il proprio comportamento per cercare di fermare l'escalation del comportamento aggressivo

Anche l'aggressività che può caratterizzare il paziente durante uno scompenso ha un ciclo, che procede in escalation.

Bisogna quindi entrare all'interno di questo ciclo e grazie ad alcune tecniche riuscire a fare una de-escalation. (11)

Si prevede quindi un approccio in tre fasi.

In primo luogo, il paziente viene coinvolto verbalmente, poi si instaura un rapporto di collaborazione per andare infine a de-escalare verbalmente il paziente dallo stato di agitazione.

La de escalation verbale è di solito la chiave per riuscire a coinvolgere il paziente e renderlo quindi parte attivo nel progetto di cura, tuttavia è da tenere bene presente che queste tecniche non sono sempre applicabili, se un paziente è in preda a un forte delirio il solo trattamento consigliabile è quello farmacologico, ma anche in questo caso l'infermiere/a gioca un ruolo fondamentale in quanto potrebbe esserci un rifiuto della terapia, bisogna quindi intervenire spiegando al paziente il motivo della scelta di prescrivere un farmaco.

Un bravo professionista sa dunque riconoscere quando il paziente agitato può essere in grado di impegnarsi in una conversazione rispetto a quando il paziente sta avendo una crisi molto forte, placabile solamente tramite somministrazione farmacologica.

Quando si tratta un paziente agitato bisogna rispettare 4 obiettivi principali:

1. Garantire la sicurezza, sia del paziente che del personale e ambiente circostante.
2. Aiutare il paziente nella gestione delle proprie emozioni, comprendendole e riuscire a riconoscere cosa prova.

Riuscire a riconoscere le emozioni e gestire il proprio disagio è un traguardo molto grande da raggiungere.

3. Evitare l'uso della contenzione quando possibile.

La contenzione è un'esperienza molto traumatica per i pazienti, è di fondamentale importanza favorire altre metodiche terapeutiche prima di arrivare a compierla

4. Evitare interventi coercitivi che aumentino l'ansia e l'agitazione dell'assistito/a (12)

Tuttavia, è stata stesa una linea guida del Progetto BETA (Best Practices in Evaluation and Treatment of Agitation), la quale aiuterà a definire un approccio pratico e non dannoso alla de-escalation dei pazienti agitati, indipendentemente dalla capacità momentanea di impegnarsi in una relazione terapeutica. (12)

- L'ambiente circostante deve essere progettato per garantire la sicurezza del paziente agitato.

Nei reparti di SPDC gli spazi sono pensati per favorire un microclima il meno disturbante possibile per i pazienti ricoverati.

L'ambiente è sicuro e privo di oggetti taglienti o spigolosi che possano mettere a rischio la salute dell'individuo o degli altri, tutti gli oggetti che possono essere usati come arma devono essere rimossi oppure messi in sicurezza

- Il personale deve essere adeguato al lavoro. Professionisti della salute che lavorano in reparti per acuto devono essere preparati a svolgere più compiti e adeguarsi a repentini cambi di situazione.

Gestire pazienti agitati richiede preparazione e temperamento, solitamente risultano essere scontroso e provocatori, bisogna avere la capacità di gestire questo stress.

L'abilità naturale nella de-escalation è per lo più verbale.

Tutti possono essere addestrati all'uso di queste tecniche e usarle con successo.

L'abilità migliore è avere un buon atteggiamento nei confronti di esso, partendo dalla considerazione positiva per il paziente e la sua capacità di fronteggiare la situazione. Bisogna tenere sempre in considerazione che il paziente è affetto da una patologia psichiatrica e tutto il suo agire è a opera della malattia, vedendo la persona con dignità e rispetto.

- Il personale deve essere adeguatamente formato. Bisogna conoscere la patologia ed è importante la continua formazione.

Negli ultimi anni è nato anche il master in infermieristica in area salute mentale, per una maggiore specializzazione degli operatori sanitari.

La formazione è fondamentale, ma è molto importante anche la pratica clinica per avere l'esperienza in modo da saper fronteggiare al meglio ogni evenienza.

- Deve esserci un numero adeguato di personale formato. Il lavoro che si fa in SPDC è un lavoro d'equipe.

Dunque il personale deve essere adeguatamente formato in modo omogeneo per poter lavorare bene e avere dei risultati in termini terapeutici.

- Usare delle scale oggettive per valutare il livello di agitazione. (12)

La valutazione che fa un infermiere può essere diversa da quella di un altro. Bisogna usare scale misurate su variabili oggettive per misurare l'agitazione, infatti il paziente potrebbe sentirsi distratto e potrebbero indurlo a evitare o "ignorare" i primi segnali di agitazione.

Una di queste scale, di facile utilizzo è la Behavioural Activity Rating Scale (BARS, tabella I.) (13)

1	=	Difficult or unable to rouse
2	=	Asleep but responds normally to verbal or physical contact
3	=	Drowsy, appears sedated
4	=	Quiet and awake (normal level of activity)
5	=	Signs of overt (physical or verbal) activity, calms down with instructions
6	=	Extremely or continuously active, not requiring restraint
7	=	Violent, requires restraint

Tabella I – Scala BARS

- Il personale sanitario deve sentirsi sicuro quando si avvicina al paziente. Non si è efficaci se si è troppo emotivi o spaventati da esso, il linguaggio non verbale incide moltissimo sulla resa.

Quando il personale si avvicina al paziente deve essere in grado di monitorare la propria risposta emotiva e fisiologica in modo da rimanere calmo e di eseguire la de-escalation verbale. (12)

Secondo lo studio condotto da Richmond et al. è necessario definire dei punti chiave da seguire quando si vuole de-escalare verbalmente un paziente durante una crisi, racchiusi sotto i seguenti punti:

1. Rispetto dello spazio personale. È importante rispettare lo spazio personale del paziente, mantenersi a debita distanza. Questo non fa solo in modo che il paziente possa sentirsi a suo agio ma permette anche al professionista di avere uno spazio di manovra nel caso dovesse avvenire un atteggiamento aggressivo. È importante tenere presente che in psichiatria il tocco non è raccomandato, soprattutto se il paziente è in preda a un delirio con presenza di allucinazioni. La sua realtà in quel momento è distorta, e potrebbe percepire anche un minimo stimolo come un altro totalmente differente, inoltre c'è il rischio di entrare a far parte del delirio stesso.
2. Non essere provocatorio. Il personale deve dimostrare anche con il linguaggio del corpo che non recherà danno al paziente ma è lì per la sua salute e per aiutarlo. Mantenere un contegno calmo e un'espressione facciale rilassata. Tenere le mani in tasca potrebbe essere visto come un affronto e una minaccia per il paziente.
Un contatto diretto ed eccessivo può essere interpretato come un atto aggressivo. Non dare stimoli provocatori al paziente o insulti.
3. Stabilire un contatto verbale. È importante che sia solo una persona a farlo, più persone agiscono più il paziente può sentirsi disorientato.
Una buona strategia è quella di essere gentili con il paziente, usare un tono di voce pacato e rassicurante, comunicare il proprio titolo e nome.
Bisogna rassicurare il paziente sul proprio ruolo riferendogli di essere lì per aiutarlo nel gestire il momento e rassicurarlo sul fatto che non gli sarà fatto del male. orientare il paziente su dove è e cosa gli aspetta, cosa dovrà fare.

4. Essere concisi. Bisogna essere concisi e mantenere un linguaggio semplice e concetti chiari, il paziente agitato può avere difficoltà nel rielaborare le informazioni se troppo complesse e questo può portare a incomprensioni.

Ogni qual volta si metta il paziente davanti a una scelta è importante porre dei limiti e offrire delle alternative.

5. Ascoltare attentamente quello che il paziente riferisce.

È fondamentale usare l'ascolto attivo.

Il personale infermieristico deve quindi trasmettere attraverso il riconoscimento verbale, la conversazione e il linguaggio del corpo che sta prestando attenzione al paziente ed è interessato a ciò che esso riferisce.

È importante valutare anche le emozioni che il paziente ha in quel momento e chiedergli di esprimerle se se la sente.

In qualità di ascoltatore, una buona tecnica è quella di usare frasi chiarificatrici come "mi dica se ho capito bene."

Se un paziente è in uno stato alterato dovuto a un delirio con allucinazione, bisogna analizzare la realtà dal suo punto di vista e coinvolgerlo in una conversazione indagando il suo delirio, cercando sempre di portarlo alla realtà ma comprendendo il suo vissuto.

In questo modo si trasmette verso il paziente il proprio interesse e se esso riuscirà ad impegnarsi in una conversazione spiegando quello che sta vivendo, inizia a comprendere che sta ricevendo aiuto e a sua volta favorisce una de-escalation.

6. Offrire al paziente una scelta e dell'ottimismo.

La scelta è un forte elemento di empowerment per un paziente che crede che la violenza sia l'unica alternativa.

Per fare in modo che la crisi non diventi aggressione occorre proporre rapidamente delle alternative.

Queste scelte devono essere realistiche, non bisogna proporre un qualcosa che non può essere realizzato.

Un buon metodo potrebbe essere quello di proporre una passeggiata all'aria aperta se il reparto ne dispone di una interna.

Oppure dare come opzione la somministrazione di un calmante, il che non vuol dire sedarlo ma calmarlo ed aiutarlo nel superare la crisi.

In questo caso la tempistica è molto importante, non bisogna avere fretta nella somministrazione perché potrebbe essere visto come un affronto e poco interesse, ma non bisogna ritardarla quando è necessaria.

Può essere utile non parlare proprio di farmaci ma chiedere al paziente di cosa ha bisogno per superare la crisi stessa, cercando di fare in modo che la richiesta venga dal paziente stesso, a meno che lui non abbia un'idea migliore.

Se il paziente non menziona minimamente la terapia farmacologica e il medico ritiene che questa sia necessaria, allora bisogna spiegare chiaramente al paziente di cosa avrà bisogno e come si sentirà dopo aver assunto la terapia.

È importante instaurare una relazione terapeutica con il paziente in quanto avrà maggior fiducia nel personale infermieristico di riferimento e una maggior predisposizione nell'assunzione dei farmaci e nell'ascoltare i consigli.

Può essere utile anche ricordargli come un determinato farmaco nel passato gli aveva portato beneficio.

Essere ottimisti e dare speranza è un grande elemento di forza per l'assistito, essendo sinceri sulla prognosi.

Fare sapere che le cose miglioreranno e che staranno meglio può aiutarli a riprendere il controllo e fiducia in se stessi.

Quando queste metodiche dovessero fallire si deve ricorrere a una contenzione fisica e farmacologica, ma è importante che venga usata come ultima risorsa.

7. Debriefing del paziente e del personale. È importante analizzare con l'equipe e il paziente perché si è scatenato un determinato evento e come è stato risolto, per fare in modo che non accada più in futuro, o se dovesse accadere avere gli strumenti per saperlo fronteggiare al meglio. (12)

3.MATERIALI E METODI

3.1. Obiettivo

La seguente tesi pone come obiettivo l'analisi di diversi articoli per far comprendere l'importanza del personale infermieristico nella gestione di una crisi di un paziente affetto da schizofrenia in fase acuta, e di come può essere utile la relazione terapeutica per la gestione delle crisi.

L'intento è di dare una spiegazione generale sulla patologia e sulla possibile terapia, per andare poi ad approfondire il ruolo dell'infermiere nella gestione del paziente e le varie metodiche usate per de-escalare verbalmente il paziente.

Si pongono i seguenti quesiti di ricerca:

- Può la relazione terapeutica tra infermiere e paziente aiutare nella gestione della crisi?
- Quali metodiche mette in atto l'infermiere per la gestione della crisi?

3.2 Stringhe di ricerca

Per ottenere dei risultati validi e più affini possibili al quesito di ricerca, è stato scelto di prendere in considerazione la banca dati di Pubmed, articoli di letteratura in ambito psichiatrico utilizzando la piattaforma "google" e libri di testo.

Le parole chiave implicate nella ricerca sono state:

- Schizophrenia
- Therapeutic relations
- De-escalation
- Psychiatric nurse

3.3 disegno dello studio e PICO

Il disegno dello studio scelto è quello della revisione della letteratura scientifica attraverso l'uso del metodo di studio "PICO": Popolazione da indagare (P), Intervento (I), Comparazione (C), Outcome/Obiettivo (O)

P	Pazienti affetti da schizofrenia in fase acuta
I	Evidenziare come la relazione terapeutica sia fondamentale tra il paziente e l'infermiere/a durante la fase acuta della malattia, attraverso metodiche specifiche
C	Evidenziare le varie metodiche che vengono attuate da parte del personale infermieristico durante una crisi di un paziente
O	Aumento dell'uso di queste metodologie e maggior benessere del paziente

3.4 criteri di inclusione ed esclusione:

Criteri di inclusione:

- Articoli in lingua italiana e inglese
- Articoli con il testo italiano gratuito "free full text"
- La popolazione da indagare sono i pazienti affetti da schizofrenia durante uno scompenso in fase acuta, di qualsiasi sesso e qualsiasi età

Criteri di esclusione:

- Non è stato utilizzato alcun criterio di esclusione

4. RISULTATI DELLA RICERCA

Sono stati selezionati 7 revisioni della letteratura e 1 clinical trials.

Gli articoli selezionati provengono dalle banche dati mediche (Pubmed) riviste psichiatriche.

Il materiale analizzato si divide in:

- 7 Revisioni di letteratura:
 - Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260
 - Briant S, Freshwater D. Exploring mutuality within the nurse-patient relationship. *Br J Nurs*. 1998
 - Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, Rao H, Yeung WL, Jayaram MB, Xia J. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 3;4(4):CD009922. doi: 10.1002/14651858.CD009922.pub2. PMID: 28368091; PMCID: PMC6478306.
 - Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med*. 2012 Feb;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864. PMID: 22461917; PMCID: PMC3298202.
 - Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *Int J Nurs Stud*. 2020 Feb;102:103490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490. Epub 2019 Nov 23. PMID: 31862531; PMCID: PMC7026691.
 - L. Loretto, G. Nivoli, P. Milia, C. Depalmas, M. Clerici, A. Nivoli, Il colloquio in situazioni psichiatriche di crisi, *Rivista di psichiatria* 2017;52(4):150-157,

-Moreno-Poyato AR, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, Leyva-Moral JM, Lluch-Canut T, Roldán-Merino JF. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2016 Dec;30(6):782-787. doi: 10.1016/j.apnu.2016.03.001. Epub 2016 Mar 8. PMID: 27888975.

- 1 clinical trials: Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, et al. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. *J Psychiatr Res*. 2002;36:87–95.

Titolo articolo:	The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. <i>Psychotherapy: Theory, Research & Practice</i> , 16
Autore e anno:	Bordin, E.S. 1979
Tipo di studio	Revisione di letteratura
Campione	-
Obiettivo	Descrivere il concetto dell'alleanza terapeutica
Risultati	Viene descritto il concetto di alleanza terapeutica e dell'importanza di questa alleanza per un progetto di cura. L'alleanza terapeutica è alla base dello sviluppo di una relazione terapeutica e viene definita "un reciproco accordo riguardo agli obiettivi del cambiamento e ai compiti necessari per raggiungere gli obiettivi, insieme allo stabilirsi dei legami che mantengono la collaborazione tra i partecipanti al lavoro terapeutico" Secondo lo psichiatra, l'alleanza è dunque formata da 3 fattori: <ol style="list-style-type: none"> 1. Gli obiettivi che l'intervento terapeutico vuole produrre 2. I compiti, ossia le attività specifiche che il paziente deve svolgere per il raggiungimento degli obiettivi 3. I legami affettivi che si instaurano tra il paziente e il professionista sanitario

Titolo articolo:	Exploring mutuality within the nurse-patient relationship
Autore e anno:	Briant S, Freshwater D, 1998
Tipo di studio	Revisione di letteratura
Campione	Pazienti e personale sanitario
Obiettivo	Descrivere l'importanza della relazione tra il personale infermieristico e il paziente
Risultati	Questo articolo mette in luce l'importanza della relazione tra il personale infermieristico e gli assistiti e i benefici che questo ha nel processo di cura, e dell'importanza di stabilire i confini all'interno della quale deve avvenire.

Titolo articolo:	De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation
Autore e anno:	Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, Rao H, Yeung WL, Jayaram MB, Xia J, 2017
Tipo di studio	Studi controllati randomizzati che utilizzavano tecniche di de-escalation per la gestione a breve termine di comportamenti aggressivi o agitati.
Campione	Sono stati coinvolti adulti (almeno 18 anni) con un comportamento aggressivo dovuto a psicosi, rispetto a pazienti con comportamento aggressivo dovuto all'effetto di alcol/droghe
Obiettivo	Le tecniche di de-escalation sono efficaci per gestire l'aggressività o l'agitazione indotte dalla psicosi?
Risultati	Usare le tecniche di de-escalation per le persone con aggressività o agitazione indotta da una psicosi è accettato come buona pratica clinica, tuttavia non esistono delle prove sperimentali che ne valutino l'efficacia.

Titolo articolo:	Verbal De-escalation of the Agitated Patient
------------------	--

Autore e anno:	Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT, 2012
Tipo di studio	Revisione di letteratura
Campione	Pazienti in stato di agitazione dovuto da psicosi
Obiettivo	Fornire agli operatori sanitari delle nozioni per applicare correttamente le tecniche di de-escalation
Risultati	<p>Le tecniche di de-escalation verbale hanno il potenziale per diminuire l'agitazione e ridurre il potenziale di violenza associato, nel contesto dell'emergenza. Tuttavia, mentre si è scritto molto sugli approcci psicofarmacologici ai pazienti agitati, finora si è discusso relativamente poco dei metodi verbali.</p> <p>Il pensiero clinico moderno sostiene interventi meno coercitivi, in cui il paziente diventa un partner collaborativo con il personale nella gestione del comportamento. Questi approcci possono portare a molti vantaggi rispetto alle procedure tradizionali. I pazienti che si agitano a spirale possono essere calmati senza essere costretti a ricorrere ai farmaci o alla contenzione; soprattutto, questo trattamento benevolo può dare al paziente la possibilità di mantenere il controllo e di instaurare un rapporto di fiducia con gli operatori. Ciò può aiutare i pazienti a chiedere aiuto con fiducia prima del tempo e a evitare del tutto successivi episodi di agitazione.</p>

Titolo articolo:	Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients
Autore e anno:	Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, et al, 2012
Tipo di studio	Clinical trials
Campione	Personale sanitario e pazienti agitati
Obiettivo	Indagare la validità di una scala di valutazione
Risultati	La scala di valutazione in oggetto è una buona scala per valutare in modo oggettivo i pazienti in stato di agitazione

Titolo articolo:	Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance
Autore e anno:	Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K, 2010
Tipo di studio	Revisione di letteratura
Campione	Pazienti in contesti di salute mentale
Obiettivo	L'obiettivo è raccogliere documenti che riportano degli interventi mirati a migliorare la relazione terapeutica tra infermiere e paziente in contesti di salute mentale
Risultati	<p>Sono stati identificati relativamente pochi articoli idonei (n = 8), evidenziando i limiti della base di evidenza in questo settore. È stata testata una serie di interventi, basati su diversi fondamenti teorici e procedurali. Solo la metà degli studi ha riportato risultati statisticamente significativi e la qualità metodologica è stata ampiamente insufficiente.</p> <p>Le prove di efficacia dei metodi per sostenere il personale infermieristico nello sviluppo e nel mantenimento di buone relazioni terapeutiche sono scarse, nonostante questo sia un aspetto chiave del ruolo infermieristico e contribuisca in modo determinante ai risultati positivi per gli utenti dei servizi.</p>

Titolo articolo:	Il colloquio in situazioni psichiatriche di crisi
Autore e anno:	L. Loretto, G. Nivoli, P. Milia, C. Depalmas, M. Clerici, A. Nivoli, 2017
Tipo di studio	Revisione di letteratura
Campione	Pazienti psichiatrici durante una crisi psicotica
Obiettivo	Descrivere come gestire un colloquio con un paziente psichiatrico durante una crisi
Risultati	Sono descritti i principi fondamentali alla base di un efficace colloquio clinico in situazioni psichiatriche difficili, con lo

	scopo di fornire competenze utili a una gestione ottimale del colloquio.
--	--

Titolo articolo:	The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients
Autore e anno:	Moreno-Poyato AR, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, Leyva-Moral JM, Lluch-Canut T, Roldán-Merino JF, 2016
Tipo di studio	Relazione di letteratura
Campione	Infermieri e pazienti in reparto psichiatrico
Obiettivo	studiare il significato di "relazione terapeutica" tra infermieri e pazienti nel contesto di un reparto psichiatrico
Risultati	<p>Il significato della relazione terapeutica è abbastanza simile sia per gli infermieri che per i pazienti delle unità ospedaliere psichiatriche. Tuttavia, diversi fattori possono separare le due posizioni: il tempo disponibile per la relazione, le percezioni negative da parte di entrambi.</p> <p>Una maggiore conoscenza e comprensione del significato della relazione terapeutica dal punto di vista di infermieri e pazienti consentirebbe di rafforzare le aree di interesse reciproco.</p>

4.1 Sintesi dei risultati

QUESITO DI RICERCA	RISULTATI	STUDI A SUPPORTO
Può la relazione terapeutica tra infermiere e paziente aiutare nella gestione della crisi?	<p>È stato evidenziato che una buona relazione terapeutica, può aiutare il paziente nella gestione della crisi.</p> <p>La relazione terapeutica è una relazione basata sulla</p>	<p>-Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. <i>Psychotherapy: Theory, Research & Practice</i>, 16(3), 252–260</p>

	<p>fiducia, empatia e ascolto attivo. Grazie a queste tre componenti il paziente entrerà in una relazione empatica con il personale infermieristico. Questo pone le basi per l'attuazione di tecniche di aiuto per la gestione delle crisi come le tecniche di de-escalation e il colloquio.</p>	<p>- Briant S, Freshwater D. Exploring mutuality within the nurse-patient relationship. Br J Nurs. 1998</p> <p>- Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. Int J Nurs Stud. 2020 Feb;102:103490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490. Epub 2019 Nov 23. PMID: 31862531; PMCID: PMC7026691.</p> <p>-Moreno-Poyato AR, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, Leyva-Moral JM, Lluch-Canut T, Roldán-Merino JF. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. Arch Psychiatr Nurs. 2016 Dec;30(6):782-787. doi: 10.1016/j.apnu.2016.03.001. Epub 2016 Mar 8. PMID: 27888975.</p>
--	--	---

QUESITO DI RICERCA	RISULTATI	STUDI A SUPPORTO
Quali metodiche mette in atto l'infermiere per la gestione della crisi?	<p>L'infermiere per la gestione delle crisi del paziente mette in atto due metodiche principali, basate sulla relazione terapeutica: il colloquio e le tecniche di de-escalation.</p> <p>Entrambe vengono considerate delle metodiche cliniche valide per aiutare l'assistito durante la crisi psicotica.</p> <p>Per aiutare il personale infermieristico ad identificare il livello di aggressività del paziente viene consigliato l'uso di metodiche oggettive come la scala di valutazione BARS.</p>	<p>-Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, Rao H, Yeung WL, Jayaram MB, Xia J. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. <i>Cochrane Database Syst Rev.</i> 2017 Apr 3;4(4):CD009922. doi: 10.1002/14651858.CD009922.pub2. PMID: 28368091; PMCID: PMC6478306.</p> <p>-Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry Project BETA De-escalation Workgroup. <i>West J Emerg Med.</i> 2012 Feb;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864. PMID: 22461917; PMCID: PMC3298202.</p> <p>- L. Loretto, G. Nivoli, P. Milia, C. Depalmas, M. Clerici, A. Nivoli, Il colloquio in situazioni psichiatriche di crisi, <i>Rivista di psichiatria</i> 2017;52(4):150-157,</p>

		<p>-Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, et al. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. <i>J Psychiatr Res.</i> 2002;36:87–95.</p>
--	--	---

5.DISCUSSIONE

5.1 Discussione dei risultati:

Gli articoli selezionati per la revisione hanno lo scopo di evidenziare diverse metodologie che il personale infermieristico mette in atto nella gestione di un paziente affetto da schizofrenia durante una crisi nella fase acuta della malattia, con lo scopo di migliorare la qualità assistenziale e il benessere del paziente, prima di ricorrere come primo mezzo alla terapia farmacologica.

Come riportano gli articoli descritti da “Briant et al., 1998” e “Hartley et al., 2010”, lo sviluppo di un’efficace relazione terapeutica tra infermiere e paziente, aiuta a sviluppare un rapporto di alleanza basato sulla fiducia, il quale nel momento della crisi può usare come risorsa nella gestione del paziente.

Gli articoli selezionati individuano come tecniche utili per la gestione del paziente con una crisi il colloquio, fondato sull’ascolto attivo e le tecniche di de-escalation.

Come evidenziato negli articoli di “Richmond et al., 2012” e “Du M et al., 2017” le tecniche di de-escalation sono un buon metodo per riuscire a gestire il paziente, ma richiedono la formazione di personale adeguatamente formato che sia in grado di sostenere un colloquio con l’assistito, anche in situazioni psichiatriche difficili.

Questo presuppone il fatto che tutti gli infermieri debbano essere adeguatamente addestrati all’interno dei reparti, il che risulta essere una realtà ancora distante dalla pratica clinica attuale.

5.2 Implicazioni per la pratica

La gestione del paziente agitato all’interno dei reparti di SPDC segue ancora delle pratiche basate esclusivamente sul trattamento farmacologico, sono pochi gli infermieri adeguatamente addestrati a favorire un trattamento verbale prima di ricorrere alla terapia farmacologica.

Nella pratica clinica quindi, bisognerebbe favorire e ampliare la conoscenza e l’addestramento riguardo queste tecniche, il limite è che richiedono molto tempo, fattore che spesso manca nei reparti di degenza.

Il paziente psichiatrico si può trovare in diversi contesti e non solo nei reparti di SPDC, è quindi fondamentale che tutto il personale infermieristico apprenda queste tecniche per fornire un'assistenza di livello superiore agli assistiti, non favorendo come primo luogo il trattamento farmacologico.

L'assistenza infermieristica al paziente schizofrenico deve quindi in primo luogo basarsi su una relazione terapeutica precedentemente formata, la quale diventa una risorsa nei momenti di crisi del paziente.

È di rilevanza fondamentale inoltre che sia tutta l'equipe ad usare queste tecniche, in modo che il paziente si senta parte di un progetto terapeutico ben strutturato.

5.3 Implicazioni per la ricerca

Come evidenziato dallo studio "De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation", l'uso delle tecniche di de-escalation per le persone con una crisi indotta da psicosi viene accettata come una buona pratica clinica, ma non è ancora supportato da evidenze di studi randomizzati.

Non è infatti chiaro perché sia rimasta un'area così poco sviluppata pur avendo dei buoni risvolti clinici.

Si ipotizza dagli autori che la scarsa ricerca in quest'area potrebbe essere influenzata dallo scarso flusso di finanziamenti e dalla difficoltà di quantificare in modo qualitativo e accurato gli effetti della de-escalation stessa.

Con finanziatori adeguati e comitati etici di supporto, clinici e gruppi di utenti disponibile alla ricerca, questa carenza potrebbe essere affrontata.

Si ipotizza che un altro limite potrebbe essere l'effettiva partecipazione dei candidati alla ricerca in quanto a causa della patologia psichiatrica altalenante e debilitante come la schizofrenia potrebbe esserci un abbandono precoce dello studio.

Questo potrebbe essere risolto con la partecipazione attiva dei pazienti, i quali vedendo anche gli effetti benefici della ricerca potrebbero sentirsi più benevoli nel continuare il progetto.

6.CONCLUSIONI

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è quello di indagare il ruolo che assume l'infermiere/a in un reparto di SPDC e di come può avvenire la gestione di un paziente schizofrenico durante la fase acuta della malattia. È stato infatti evidenziato che il paziente psichiatrico ha un comportamento maladattivo soprattutto che ricade nella sfera delle relazioni personali e sociali, che si manifesta con perdita di autonomia nelle attività di vita quotidiana, perdita di autonomia nell'autocura, perdita di ruoli familiari e sociali, comportamento non adeguato rispetto alle richieste della società circostante, pensieri di morte, deliri, allucinazioni e isolamento. Qui interviene l'infermiere e grazie ad altre figure professionali mira a ristabilire un equilibrio tra queste sfere. Le evidenze hanno dimostrato alcune tecniche che, basate sulla relazione terapeutica e accostate al trattamento farmacologico hanno benefici sul paziente. Queste tecniche coinvolgono nell'attuazione in prima persona del personale infermieristico, ed è dunque fondamentale che vengano integrate nell'uso della pratica clinica. Le crisi sono spesso caratterizzate da deliri e allucinazioni, che possono sfociare poi in aggressività. Il ruolo fondamentale che gioca l'infermiere è riuscire a creare un rapporto empatico, basato sulla relazione terapeutica, in modo da riuscire ad aiutare il paziente a gestire le crisi prima di tutto con un approccio verbale affiancato all'assunzione della terapia farmacologica. Sono state evidenziate le parti più importanti della relazione terapeutica e le metodiche per applicare le tecniche di de-escalation. In psichiatria è fondamentale non avere pregiudizi, non stigmatizzare i pazienti, sono in primo luogo delle persone, con una propria identità, e bisogna aiutarli nel superamento del periodo di difficoltà che stanno passando, cercando di preservare in primo luogo l'identità personale. Durante il mese di tirocinio clinico che ho svolto presso l'U.O. SPDC3 dell'Azienda Ospedale Università di Padova, ho potuto provare io stessa la messa in pratica di queste tecniche, con esito positivo, per questo motivo ho ritenuto importante cercare in letteratura degli articoli che le supportassero e scrivere questa tesi. È una tesi che può essere utile a tutto il personale infermieristico e non solo a chi lavora in ambito della salute mentale, in quanto un paziente psichiatrico si può trovare in un qualunque reparto di degenza e assistenza. Essere a conoscenza di queste tecniche permette di fornire un'assistenza migliore, ed è nostro compito come professionisti

della salute erogare la miglior prestazione possibile e dare il miglior supporto necessario ai nostri pazienti, attraverso l'uso di una relazione d'aiuto, basata sulla visione del paziente come una persona con dignità.

BIBLIOGRAFIA

1. OMS, 06/03/2013, ultimo aggiornamento 20/01/2022
2. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
3. Drake RJ, Lewis SW, [Early detection of schizophrenia](#), in *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, n. 2, marzo 2005, pp. 147-50,
4. Larson, Michael, [Alcohol-Related Psychosis](#), su *eMedicine*, WebMD, 30 marzo 2006
5. Owen MJ, Sawa A, Mortensen PB. Schizophrenia. *Lancet*. 2016 Jul 2;388(10039):86-97. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01121-6. Epub 2016 Jan 15. PMID: 26777917; PMCID: PMC4940219
6. Velligan DI and Alphas LD, [Negative Symptoms in Schizophrenia: The Importance of Identification and Treatment](#), in *Psychiatric Times*,
7. Ferraro, L. (2017). CAPIRE E GESTIRE LA VIOLENZA NELLA SCHIZOFRENIA. In *Il trattamento integrato della schizofrenia. Un manuale per la gestione clinica*
8. Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260.
9. Briant S, Freshwater D. Exploring mutuality within the nurse-patient relationship. *Br J Nurs*. 1998
10. L. Loretto, G. Nivoli, P. Milia, C. Depalmas, M. Clerici, A. Nivoli, Il colloquio in situazioni psichiatriche di crisi, *Rivista di psichiatria* 2017;52(4):150-157,
11. Du M, Wang X, Yin S, Shu W, Hao R, Zhao S, Rao H, Yeung WL, Jayaram MB, Xia J. De-escalation techniques for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Apr 3;4(4):CD009922. doi: 10.1002/14651858.CD009922.pub2. PMID: 28368091; PMCID: PMC6478306.
12. Richmond JS, Berlin JS, Fishkind AB, Holloman GH Jr, Zeller SL, Wilson MP, Rifai MA, Ng AT. Verbal De-escalation of the Agitated Patient: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry

Project BETA De-escalation Workgroup. *West J Emerg Med.* 2012 Feb;13(1):17-25. doi: 10.5811/westjem.2011.9.6864. PMID: 22461917; PMCID: PMC3298202.

13. Swift RH, Harrigan EP, Cappelleri JC, et al. Validation of the behavioural activity rating scale (BARS): a novel measure of activity in agitated patients. *J Psychiatr Res.* 2002;36:87–95.
14. Giovanni Colombo, *Elementi di psichiatria*, 2008
15. Hartley S, Raphael J, Lovell K, Berry K. Effective nurse-patient relationships in mental health care: A systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *Int J Nurs Stud.* 2020 Feb;102:103490. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103490. Epub 2019 Nov 23. PMID: 31862531; PMCID: PMC7026691.
16. Moreno-Poyato AR, Montesó-Curto P, Delgado-Hito P, Suárez-Pérez R, Aceña-Domínguez R, Carreras-Salvador R, Leyva-Moral JM, Lluch-Canut T, Roldán-Merino JF. The Therapeutic Relationship in Inpatient Psychiatric Care: A Narrative Review of the Perspective of Nurses and Patients. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016 Dec;30(6):782-787. doi: 10.1016/j.apnu.2016.03.001. Epub 2016 Mar 8. PMID: 27888975.

SITOGRAFIA

17. <https://www.salute.gov.it/portale/rapportiInternazionali/menuContenutoRapportiInternazionali.jsp?lingua=italiano&area=rapporti&menu=mondiale>
18. <https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/a/antipsicotici>