



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**“Il ruolo dell’infermiere nella gestione del
paziente con disturbo bipolare”**

Relatore: Chiar.mo
Dott. Marco Giri

Tesi di Laurea di:
Benedetta Neroni

A.A. 2021/2022

Dedica

*A te mamma,
perché sei un essere speciale
ed io, avrò cura di te*

INDICE

| | |
|-----------------------|---|
| ABSTRACT | 1 |
|-----------------------|---|

CAPITOLO 1

| | |
|--|---|
| 1.1 IL CONCETTO DI SALUTE MENTALE | 6 |
|--|---|

| | |
|--------------------------|---|
| 1.2 L'UMORE | 8 |
|--------------------------|---|

| | |
|--|---|
| 1.3 CLASSIFICAZIONE DEL DISTURBO BIPOLARE | 9 |
|--|---|

| | |
|--------------------------------------|----|
| 1.4 CRITERI DIAGNOSTICI | 10 |
|--------------------------------------|----|

| | |
|--------------------------------|----|
| 1.5 EPIDEMIOLOGIA | 15 |
|--------------------------------|----|

| | |
|----------------------------|----|
| 1.6 EZIOLOGIA | 15 |
|----------------------------|----|

| | |
|--------------------------|----|
| 1.7 DECORSO | 16 |
|--------------------------|----|

| | |
|--|----|
| 1.8 PRESENTAZIONE CLINICA | 16 |
|--|----|

CAPITOLO 2

| | |
|---|-----------|
| 2.1.LA GESTIONE DEL DISTURBO: INTERVENTI FARMACOLOGICI E NON FARMACOLOGICI | 17 |
| 2.2. TERAPIA FARMACOLOGICA : FASE ACUTA..... | 17 |
| 2.3 STABILIZZATORI DELL'UMORE..... | 18 |
| 2.4 ANTICONVULSIONANTI..... | 19 |
| 2.5 ANTIPSICOTICI..... | 20 |
| 2.6 ANTIDEPRESSIVI..... | 21 |
| 2.7 BENZODIAZEPINE..... | 22 |

CAPITOLO 3

| | |
|---|-----------|
| 3.1 TERAPIE PSICOLOGICHE : FASE DI MANTENIMENTO..... | 22 |
|---|-----------|

| | |
|-----------------------------|-----------|
| CONCLUSIONI | 49 |
| BIBLIOGRAFIA | 52 |
| RINGRAZIAMENTI | 53 |

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Il disturbo bipolare è una grave patologia psichiatrica abbastanza frequente che può avere un impatto devastante sulla vita di coloro che ne soffrono. Esso si configura come un disturbo dell'umore, caratterizzato dall'alternanza di episodi maniacali/ipomaniacali e di episodi depressivi. Gli obiettivi del trattamento sono principalmente la stabilizzazione del tono dell'umore, in modo da ridurre la frequenza e la gravità degli episodi e prevenendo eventuali recidive. La cura di questo disturbo avviene attraverso la somministrazione della terapia farmacologica con stabilizzatori dell'umore, associati a farmaci antidepressivi ed antipsicotici. Molte ricerche in letteratura hanno evidenziato che un giusto approccio farmacologico combinato alla psicoeducazione abbia determinato un miglioramento del tono dell'umore, dei sintomi, della qualità della vita percepita. Da ciò ne deriva una maggiore aderenza al trattamento da parte del paziente ed una significativa riduzione degli episodi di ricaduta.

La psicoeducazione è una strategia di intervento basata sul fornire informazioni relative al disturbo ai pazienti e/o alla famiglia per migliorare la loro comprensione a riguardo e consentire l'identificazione precoce dei segnali di allarme dei cambiamenti di umore.

L'infermiere è il responsabile dell'assistenza al paziente e ricopre un ruolo educativo nei confronti della persona assistita e della famiglia, al fine di apprendere le competenze necessarie per la gestione della malattia.

OBIETTIVI

Lo scopo dell'elaborato è comprendere i vari aspetti che caratterizzano il disturbo bipolare ed individuare tra le evidenze scientifiche e la letteratura dati a supporto della gestione degli utenti affetti dal disturbo; approfondire le conoscenze riguardo la psicoeducazione, e le tecniche cognitivo-comportamentali ; ricercare gli effetti positivi che ne derivano al fine di ottenere un miglioramento della sintomatologia ed una maggiore aderenza alla terapia e ridurre le ospedalizzazioni; riflettere sul ruolo che riveste l'infermiere nell'ambito della salute mentale, le modalità di assistenza da erogare al paziente attraverso la stesura di un piano individualizzato che miri al raggiungimento degli obiettivi prefissati affinché l'assistito recuperi le capacità di autocura ; definire le modalità di intervento infermieristico nell'ambito della psicoeducazione rivolta sia ai pazienti che ai famigliari al fine di gestire al meglio la malattia .

MATERIALI E METODI

La tipologia dello studio si basa su una revisione sistematica della letteratura.

Per la stesura dell'elaborato sono state utilizzate sia banche dati

(Pubmed, Medline, Cochrane Library) sia consultando articoli di ambito scientifico online e riferimenti bibliografici a disposizione .

RISULTATI

Dalla letteratura emerge che il trattamento farmacologico associato alla partecipazione a programmi di psicoeducazione abbia procurato numerosi benefici ai pazienti in termini di maggiore aderenza alla terapia, miglioramento dei sintomi del disturbo e una netta diminuzione degli episodi di ricaduta e di nuovi ricoveri. L'uso combinato di sessioni educative rivolte sia ai pazienti che alla famiglia/caregiver, può migliorare la compliance al trattamento, la conoscenza della propria malattia in modo tale da comprendere l'importanza dell'uso dei farmaci e degli effetti avversi ed infine la percezione della qualità della propria vita.

DISCUSSIONE

Il disturbo bipolare è uno dei disturbi dell'umore più frequenti e se non curato può essere una grande fonte di sofferenza sia per chi ne è affetto sia per chi sta intorno al soggetto portatore del disturbo. Attualmente sono disponibili molti farmaci per il trattamento che possono migliorare la sintomatologia e prevenire gli episodi di ricaduta; quindi è fondamentale nella fase di trattamento scegliere il farmaco che più si adatti alle caratteristiche cliniche del paziente, considerando la sua anamnesi,

le patologie in atto, le sue abitudini. Nel percorso terapeutico è fondamentale che i soggetti acquisiscano una buona consapevolezza della malattia; infatti se non si è adeguatamente informati il soggetto non riesce a comprendere le variazioni del suo umore, le crisi, l'importanza dell'assunzione della terapia e di conseguenza non riesce a gestire la propria vita, il suo comportamento e le relazioni interpersonali. Tramite un'adeguata psicoeducazione, svolta singolarmente o in gruppo, il paziente diviene capace di gestire meglio la sua malattia. In relazione all'andamento episodico del disturbo l'intervento psicologico si può applicare nella fase di quiescenza della malattia e più difficilmente nei momenti di crisi acuta sia depressiva che maniacale, in quanto richiede la collaborazione attiva del soggetto. L'infermiere all'interno del percorso di cura riveste un ruolo sia di sostegno alla persona nel recupero delle capacità funzionali e di autocura, al fine di conseguire maggiori livelli di autonomia, sia educativo nei confronti del paziente e della famiglia.

Lo strumento fondamentale per approcciare al paziente affetto dal disagio psichico è l'empatia che permette di entrare in contatto con la persona, capire il suo stato d'animo, il vissuto, il comportamento e le problematiche dietro la malattia. Ciò mette il paziente nelle condizioni di essere capito realmente, superando lo stigma che contraddistingue il disturbo mentale. L'ascolto attivo è un altro strumento di cui dispone l'infermiere per aiutare il paziente; infatti dimostrandogli la sua vicinanza, ascoltandolo nei suoi discorsi in modo da non sentirsi giudicato ma libero di poter esprimere il proprio pensiero, esserci, rassicurarlo sul fatto che non è solo o escluso dal resto del mondo consente di comprendere meglio le esigenze e i bisogni dell'assistito per identificare le strategie più appropriate per la presa in carico.

CONCLUSIONI

In conclusione si può affermare che i dati della letteratura presi in esame mostrano gli effetti positivi dell'intervento psicoeducativo sia sui pazienti che sui familiari/caregiver, e pertanto è indicato come strategia aggiuntiva alla farmacoterapia nella gestione dei pazienti affetti dal disturbo bipolare.

PAROLE CHIAVE

Bipolar disorder; psychoeducation; psychiatric nurse; cognitive behavioral therapy; depression; family therapy; medication bipolar disorder; mental health.

INTRODUZIONE

IL CONCETTO DI SALUTE MENTALE

Con l'espressione salute mentale secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità si intende lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplice assenza di malattia o infermità. (OMS, 2013). La salute mentale, come altri aspetti della salute, può essere influenzata da diversi fattori socio-economici sui quali è necessario agire con strategie globali di promozione, prevenzione, trattamento e presa in carico della persona. I tassi di disabilità e mortalità nelle persone con disturbi mentali sono più elevati rispetto alla media. Il Piano per la Salute mentale 2013-2020 afferma: “ Persone con depressione hanno una possibilità del 40/60 % maggiore rispetto al resto della popolazione di morte prematura, a causa dei problemi di salute fisica, che spesso non vengono affrontati (come cancro, malattie cardiovascolari, diabete, infezione da HIV) e di suicidi che rappresentano la seconda causa di mortalità nei giovani su scala mondiale (Organizzazione mondiale della sanità, 2016). Altrettanto rilevante è il problema dello stigma sociale, poiché a causa del loro disturbo mentale, molte persone hanno difficoltà nel trovare lavoro, a instaurare relazioni sociali, fino all'abbandono; quindi le persone affette dal disturbo vivono in condizione di vulnerabilità e possono essere escluse ed emarginate dal resto della società. Il disturbo mentale è una condizione psicopatologica caratterizzata da un'alterazione clinicamente significativa della sfera cognitiva, emozionale e comportamentale della persona che riflette una disfunzione nei processi psicologici, biologici o evolutivi che sottendono il funzionamento mentale. I disturbi mentali sono solitamente associati a un disagio

significativo in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti. I determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo caratteristiche individuali come la capacità di gestire le proprie emozioni, i comportamenti e le relazioni con gli altri ma anche fattori, economici, politici, culturali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative e il supporto sociale offerto alla comunità. L'OMS ha stimato che ci sono circa 450 milioni di persone affette da disturbi mentali e del comportamento. A livello globale, circa 300 milioni di persone sviluppano la depressione; le donne sono più colpite rispetto agli uomini. Il disturbo bipolare e la schizofrenia colpiscono rispettivamente circa 60 milioni e 23 milioni di persone a livello globale. In particolare l'OMS sottolinea che nel mondo circa il 10-20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali; se non trattate queste condizioni possono influenzare pesantemente lo sviluppo dei giovani. Nel contesto italiano è stato istituito il SISM (Sistema Informativo per la Salute Mentale), con l'obiettivo di ricavare informazioni riguardanti gli interventi sanitari e socio-sanitari erogati da operatori del SSN, nell'ambito dell'assistenza rivolta a persone con problemi psichiatrici e alle loro famiglie.

Quindi il SISM si occupa delle seguenti attività:

- Monitoraggio delle attività dei servizi, con analisi delle prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza
- Supporto alle attività dei Dipartimenti di salute mentale, per valutare il livello di efficienza e l'utilizzo appropriato delle risorse
- Valutazione della qualità dell'assistenza in termini di efficienza e appropriatezza.

I dati vengono raccolti in funzione di setting assistenziale territoriale, residenziale e

semiresidenziale. I dati devono essere inviati al SISM a cadenza semestrale ed essere a disposizione entro 60 giorni della rilevazione. Per la diagnosi di mania e disturbi affettivi bipolari le prestazioni maggiormente erogate sono l'attività infermieristica a domicilio e nel territorio (33,6%), l'attività psichiatrica (28,2%), l'attività di riabilitazione e risocializzazione territoriale (9,1%). (-SIMS)

L'UMORE

Il termine umore ha origini molto antiche; le prime tracce risalgono agli scritti di medicina in età classica. Il primo a descrivere il concetto di umore fu Ippocrate, il quale formulò la teoria dei quattro umori; infatti la mescolanza tra bile nera, bile gialla, flegma e sangue determinava lo stato di salute o di malattia. Una persona affetta da mania avrebbe avuto un eccesso di bile gialla mentre un eccesso di bile nera avrebbe caratterizzato una persona melancolica. Il disturbo bipolare è caratterizzato dall'oscillazione del tono dell'umore in due direzioni opposte: verso l'alto (episodio maniacale o ipomaniacale) e verso il basso (episodio depressivo), in risposta ad eventi, esperienze vissute, condizioni di vita particolarmente significative.

Il tono dell'umore può essere definito come l'atteggiamento affettivo che l'individuo ha nei confronti della realtà esterna.

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto anche con la sigla DSM è considerato uno dei sistemi nosografici per classificare i disturbi mentali e psicopatologici ,utilizzato da psichiatri, psicologi ,e medici sia nell'ambito clinico sia nel campo della ricerca, redatto dall'American Psychiatric Association.

L'ultima versione aggiornata del DSM 5 è stata pubblicata negli USA nel 2013,in Italia

nel 2014. Nel DSM 5 il disturbo bipolare e disturbi correlati hanno un capitolo dedicato e si trovano collocati tra i disturbi dello spettro della schizofrenia e i disturbi depressivi; non sono più integrati con i disturbi depressivi come invece accadeva nel DSM 4.

CLASSIFICAZIONE DEL DISTURBO BIPOLARE

Il disturbo bipolare si può classificare in:

- Disturbo bipolare di tipo 1
- Disturbo bipolare di tipo 2
- Disturbo ciclotimico
- Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze o da farmaci
- Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto ad un'altra condizione medica
- Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione
- Disturbo bipolare e disturbi correlati senza specificazione
- Specificatori per disturbo bipolare e disturbi correlati (American Psychiatric Association, 2013)

CRITERI DIAGNOSTICI

DISTURBO BIPOLARE 1 (DSM 5)

Per la diagnosi del disturbo bipolare di tipo 1 è necessaria l'individuazione di almeno un episodio maniacale, che può essere preceduto o seguito da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori.

EPISODIO MANIACALE

Per la diagnosi di disturbo bipolare 1 è richiesto almeno un episodio maniacale nell'arco della vita

-Periodo di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile , aumento anomalo dell'energia e del livello di attività dalla durata di almeno 1 settimana, presente per la maggior parte del giorno,quasi tutti i giorni

-Sono presenti tre o più dei seguenti sintomi:

-autostima ipertrofica

-diminuito bisogno di sonno (es.sentirsi riposati dopo aver dormito solo 3 ore)

-logorrea

-fuga delle idee

-distraibilità

-aumento dell'attività o agitazione psicomotoria

-eccessivo coinvolgimento in attività potenzialmente dannose (es acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti, investimenti finanziari avventati)

- Episodio grave da causare compromissione del funzionamento sociale o lavorativo o

da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri

-L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza/di un'altra condizione medica

EPISODIO IPOMANIACALE

Episodi ipomaniacali sono comuni nel disturbo bipolare 1 ma non sono richiesti per fare diagnosi

- 1) Periodo di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile
- 2) Aumento anomalo dell'energia
- 3) Sono presenti tre o più dei seguenti sintomi:
 - autostima ipertrofica
 - diminuito bisogno di sonno (es. sentirsi riposati dopo aver dormito solo 3 ore)
 - logorrea
 - fuga delle idee
 - distraibilità
 - aumento dell'attività o agitazione psicomotoria
 - eccessivo coinvolgimento in attività potenzialmente dannose (es acquisti incontrollati, comportamenti sessuali sconvenienti, investimenti finanziari avventati)
- 4) L'episodio è associato ad un evidente cambiamento nel funzionamento, che non è caratteristico nell'individuo
- 5) L'alterazione dell'umore è osservabile da altri
- 6) L'episodio non è sufficientemente grave da richiedere l'ospedalizzazione,

al contrario se sono presenti manifestazioni psicotiche, l'episodio è definito maniacale

- 7) L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza/di un'altra condizione medica

EPISODIO DEPRESSIVO MAGGIORE

Gli episodi depressivi maggiori sono comuni nel disturbo bipolare 1 ma non sono richiesti per fare diagnosi.

Sono presenti 5 o più dei seguenti sintomi:

- 1) Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, riportato dall'individuo o riferito da altri
- 2) Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte le attività o quasi tutte le attività che si verifica per la maggior parte del giorno
- 3) Significativa perdita di peso, non dovuto a dieta, o aumento di peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni
- 4) Insonnia o iperinsonnia quasi tutti i giorni
- 5) Agitazione o rallentamento psicomotorio, anche osservabile da altri
- 6) Faticabilità o mancanza di energia
- 7) Senso di colpa e sentimenti di autosvalutazione eccessivi e inappropriati
- 8) Ridotta capacità di concentrazione
- 9) Pensieri ricorrenti di morte, ideazione suicidaria, con o senza piano specifico di commettere suicidio

I sintomi causano disagio clinicamente significativo e compromissione del

funzionamento (es. ambito sociale ,lavorativo ecc...)

L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza/di un'altra condizione medica.

DISTURBO BIPOLARE DI TIPO 2 (DSM 5)

Per la diagnosi del disturbo bipolare di tipo 2 è necessario che si verifichi un episodio ipomaniacale attuale o pregresso e un episodio depressivo maggiore attuale o pregresso.

DISTURBO CICLOTIMICO (DSM 5)

E' caratterizzato da periodi ipomaniacali alternati a sintomi depressivi lievi/ moderati ; rientra nel quadro dei disturbi bipolari ma in forma meno grave rispetto al tipo 1 e 2 .

DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI INDOTTO DA SOSTANZE/ FARMACI

Include i sintomi tipici del disturbo bipolare che si sviluppano durante, subito o dopo intossicazione o astinenza da sostanze (es. cocaina, anfetamine) oppure dopo l'esposizione a un farmaco; la sostanza coinvolta è in grado di produrre i sintomi .

DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI DOVUTO AD

UN'ALTRA CONDIZIONE MEDICA

Comprende i sintomi del disturbo bipolare che si verificano per un periodo rilevante; vi è evidenza da storia ,esame obiettivo o dati di laboratorio che l'alterazione è la conseguenza diretta di un'altra condizione medica.

DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI CON ALTRA SPECIFICAZIONE

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo bipolare predominano ma non soddisfano pienamente i criteri diagnostici.

Questa categoria si applica quando il clinico sceglie di comunicare la ragione specifica per cui la manifestazione non soddisfa i criteri diagnostici.

DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI SENZA SPECIFICAZIONE

Questa categoria si applica alle manifestazioni in cui i sintomi caratteristici del disturbo bipolare predominano ma non soddisfano pienamente i criteri diagnostici.

Questa categoria si applica quando il clinico sceglie di non specificare la ragione per cui la manifestazione non soddisfa i criteri diagnostici.

SPECIFICATORI PER DISTURBO BIPOLARE E DISTURBI CORRELATI

Specificare se:

-Con ansia lieve, moderata, moderata-grave,grave

- Con caratteristiche miste: si può applicare nell'episodio maniacale, ipomaniacale ,
depressivo del disturbo bipolare 1 e 2
- Con cicli rapidi: presenza di almeno quattro episodi dell'umore nei precedenti 12 mesi
- Con caratteristiche melanconiche
- Con caratteristiche psicotiche
- Con catatonia
- Con andamento stagionale
- In remissione parziale/ completa

EPIDEMIOLOGIA

Secondo le statistiche del NIHM (National Institute of Mental Health), il disturbo bipolare ha un'incidenza sulla popolazione tra l'1 e il 3% circa. Il disturbo bipolare 1 colpisce in egual modo sia i maschi che le femmine, mentre il disturbo bipolare 2 è più comune nel sesso femminile; l'età media in cui si sviluppa il disturbo è circa a 20 anni, quindi si sviluppa principalmente dopo la maggiore età ma può verificarsi anche nel corso della vita.

EZIOLOGIA

La reale causa del disturbo bipolare è sconosciuta. Vari studi confermano che l'origine del disturbo bipolare è su base ereditaria; persone con determinati geni sono più predisposte a sviluppare la malattia; la ricerche mostrano che anche la struttura del cervello delle persone affette dal disturbo bipolare sia diversa da quelli che non presentano il disturbo ; il rischio di malattia per disturbo dell'umore nei parenti di primo e secondo grado è di circa il 20%; in particolare la presenza di uno o entrambi i genitori affetti da disturbo può anticipare l'età dell'esordio ed è associata ad un quadro clinico più grave.

DECORSO

Per molte persone affette dal disturbo la diagnosi è favorevole; per un miglior decorso della malattia è essenziale la diagnosi precoce, in modo da scegliere il trattamento più idoneo per ridurre la sintomatologia. Il disturbo diventa invalidante quanto più impatta sulla vita della persona; a questo scopo il numero di episodi di alterazione del tono dell'umore è indicatore di disabilità; più la persona svilupperà dei cicli rapidi di malattia più avrà una prognosi peggiore.

PRESENTAZIONE CLINICA

Il disturbo bipolare è caratterizzato da sintomi psichici che investono sia la sfera cognitiva ed affettiva, da sintomi somatici e comportamentali specifici. La sfera affettiva è contraddistinta dalla cosiddetta ipertimia che in psicopatologia si intende per esagerazione del tono affettivo ora in senso euforico (fase maniacale) ora in senso melanconico (fase depressiva); quindi il soggetto in fase maniacale può presentare sia sentimenti di intenso piacere o euforia sia di disforia e irritabilità. La fase depressiva è caratterizzata invece da senso di colpa, sconforto, inadeguatezza, pensieri pessimistici rivolti verso il futuro o il passato con talvolta tendenza a idee suicide, ruminazione, senso di spossatezza e stanchezza fisica, linguaggio povero e monosillabico, sensazione di distacco dal mondo esterno. Nell'episodio misto si assiste invece ad un alternarsi tra fase maniacale e depressiva. Per quanto riguarda la sfera cognitiva il soggetto presenta un'autostima ipertrofica, che si muove da un'eccessiva fiducia nelle proprie capacità ad una marcata grandiosità che può arrivare a manifestazioni deliranti; quindi il soggetto si esprime con allegria, battute, scherzi, giochi di parole, espansività piuttosto contagiosa e con una loquacità irrefrenabile fino a logorrea. L'umore espanso tende a divenire sproporzionato o in contrasto con l'ambiente fino ad essere disturbante e irriverente. Talvolta all'euforia può subentrare l'irritabilità se il soggetto viene contraddetto o frenato nelle sue richieste continue, fino a diventare ostile, prepotente, litigioso con esplosioni di rabbia e comportamenti aggressivi. Oltre a ciò si associa un'accelerazione delle idee, ovvero un flusso maggiore di pensieri fino ad una vera e propria fuga delle idee nei casi più estremi quindi il pensiero si muove bruscamente da un argomento

all'altro, tanto che l'eloquio diventa incoerente e disorganizzato. Il livello di attenzione cala, dando luogo a un'aumentata distraibilità e incapacità di mantenere la concentrazione su qualcosa tanto da avere delle difficoltà nella pianificazione e nella capacità decisionale. I sintomi somatici includono ridotto bisogno di sonno, (talvolta i soggetti affermano che dormire è un'inutile perdita di tempo), irrequietezza, aumento del desiderio sessuale. Si osservano inoltre un aumento spiccato dell'energia che si manifesta con iperattività, affaccendamento senza sosta. I sintomi comportamentali sono relativi all'aumento dell'attività psicomotoria, della mimica e gestualità. Molto comune è la disinibizione che può sfociare in comportamenti a rischio come la guida spericolata, l'abuso di sostanze, trasgressioni delle regole, spesa di somme ingenti di denaro, gioco d'azzardo. La mimica del volto è accesa, aspetto e abbigliamento sono molto appariscenti. Al contrario nella fase depressiva il soggetto tenderà a trascurarsi nella cura di sé, presentando un rallentamento psicomotorio, diminuzione del livello di energie ed umore malinconico.

LA GESTIONE DEL DISTURBO BIPOLARE: INTERVENTI FARMACOLOGICI E NON FARMACOLOGICI

La terapia per il trattamento del disturbo bipolare è complessa in quanto comprende sia l'approccio farmacologico nella fase acuta maniacale e depressiva sia la terapia psicologica durante la fase di mantenimento. Diversi studi confermano che l'approccio combinato tra una corretta assunzione della terapia farmacologica e costanti interventi di psicoeducazione aumentano la compliance al trattamento, riducono la frequenza delle ricadute e migliorano la qualità di vita.

TERAPIA FARMACOLOGICA: FASE ACUTA

Nella fase acuta l'obiettivo è quello di ottenere una riduzione dei sintomi; i farmaci di prima linea per il trattamento del disturbo bipolare sono gli stabilizzatori dell'umore, associati ad antipsicotici, antidepressivi, anticonvulsivanti e benzodiazepine.

STABILIZZATORI DELL'UMORE

IL LITIO

Gli stabilizzatori dell'umore sono indicati per contenere gli episodi di alterazione del tono dell'umore e a prevenire la riacutizzazione di episodi maniacali e depressivi.

Il litio è un metallo alcalino presente in natura ed è stato il primo agente ad essere impiegato e introdotto negli anni '60 in Italia e rappresenta il gold standard per il trattamento del disturbo bipolare. Sebbene i meccanismi terapeutici specifici del litio nella regolazione dell'umore non siano stati chiariti, è stato recentemente suggerito che il litio eserciti i suoi effetti stabilizzanti dell'umore agendo su bersagli cellulari ed esercitando effetti neuroprotettivi. Il meccanismo d'azione consiste nel ridurre la trasmissione eccitatoria a livello cellulare abbassando i livelli di dopamina e glutammato e provocando l'effetto inibitorio aumentando i livelli di GABA e serotonina. Viene somministrato esclusivamente come Carbonato di Litio, disponibile in compresse da 150 mg o 300 mg. E' noto che prima di iniziare il trattamento con il litio è bene considerare una serie di fattori essenziali. In primo luogo poiché il litio, essendo un farmaco, per cui viene escreto attraverso i reni, le funzioni renali devono essere controllate poiché un'alterazione di queste può portare ad un accumulo eccessivo di litio, fino alla tossicità. Il test di funzionalità renale deve essere effettuato ogni 6 mesi durante il trattamento, in particolare è necessario monitorare i livelli di creatinina e urea. In secondo luogo devono essere effettuati i test di funzionalità tiroidea a sei mesi e annualmente, poiché il litio provoca una diminuzione degli ormoni che stimolano la tiroide, quali la tiroxina e la triiodotironina, provocando di conseguenza l'ipotiroidismo. E' opportuno inoltre monitorare i livelli di calcio e il peso in quanto il litio può portare ad un aumento dei livelli sierici di calcio e dell'indice di massa corporea. Infine si raccomanda di effettuare regolarmente elettrocardiogrammi, poiché i trattamenti a lungo termine con il litio sono associati ad un prolungamento del tratto QT. (Malhi GS, 2013). E' fondamentale controllare inoltre i livelli plasmatici del litio (litiemia); il range terapeutico è compreso tra 0.6-1.2 mEq/l. Al di sotto di questo valore la sostanza non ha effetto mentre al di sopra compaiono effetti collaterali e tossici; oltre 1.3-1.4 mEq/l il litio diventa tossico per l'organismo. I principali effetti collaterali

indotti dal litio sono: poliuria, polidipsia, tremori fini alle mani, ipotiroidismo, aritmie, calo ponderale, diarrea, nausea, vomito, sapore metallico in bocca, gastralgia, edema agli arti inferiori. Oltre i 3.5 mEq/l si avranno stato soporoso, fascicolazioni muscolari, convulsioni, coma. E' dunque opportuno rilevare tempestivamente i segni precoci di intossicazione, monitorare la litiemia attraverso il prelievo ematico almeno 12 ore dopo l'ultima somministrazione. In caso di sospetta intossicazione sarà opportuno eseguire tempestivamente il controllo della litiemia e sospendere l'ultima somministrazione del farmaco confrontandosi con il medico.

ANTICONVULSIONANTI

Gli anticonvulsivanti che agiscono sul tono dell'umore, soprattutto il valproato e la carbamazepina, sono spesso utilizzati per stati acuti di mania e stati misti di mania e depressione. La lamotrigina è efficace per fluttuazioni dell'umore e la depressione.

Il valproato può dare effetti avversi come nausea, mal di testa, sedazione e aumento di peso. Per la carbamazepina gli effetti molto gravi comprendono aplasia midollare e agranulocitosi.

CARBAMAZEPINA

Indicato con il nome commerciale di Tegretol, è un antiepilettico, antinevralgico del trigemino e antimaniacale; si è rivelato molto efficace da impiegare nella prevenzione delle crisi maniacali, singolarmente o spesso in associazione con neurolettici o sali di litio. Viene somministrato in compresse da 200/400 mg e presenta come il litio un range terapeutico da rispettare compreso tra i 4 e i 10 microgrammi/mlilitro. Generalmente la carbamazepina è ben tollerata ma può indurre effetti collaterali come rash cutanei, leucopenia, piastrinopenia, atassia, vertigini in caso di sovradosaggio.

La Carbamazepina ha un avvertimento in scatola FDA (Food and drugs administration) per agranulocitosi e anemia plastica per cui è controindicata nei pazienti con anamnesi di depressione midollare. (Grunze, 2009)

VALPROATO DI SODIO

Il Valproato di sodio , il cui nome commerciale è il Depakin/Depakin Chrono ,viene utilizzato nella terapia dell'epilessia ma anche come stabilizzatore dell'umore diviene molto efficace. Presenta un meccanismo d'azione più rapido rispetto al litio nella fase di mania acuta. Il Depakin è disponibile in compresse gastroresistenti da 200 mg e 500 mg oppure si può trovare in soluzione orale da 200 mg/ml. In caso di sovradosaggio si possono verificare alterazioni dello stato di coscienza, quali torpore o sopore, evitabili mediante monitoraggio dei livelli plasmatici del farmaco.

LAMOTRIGINA

Conosciuto come Lamictal, è stato introdotto più recentemente rispetto agli altri farmaci stabilizzanti dell'umore. E un farmaco antiepilettico ma si impiega anche nei disturbi dell'umore. Si utilizza ad un dosaggio compreso tra i 100-200 mg/die e non richiede esami specifici durante il trattamento. Tra gli effetti collaterali sono da segnalare reazioni cutanee che si possono manifestare generalmente nelle prime 8 settimane dal trattamento ma possono verificarsi anche nelle fasi successive. Alcune evidenze in letteratura riportano Lamictal se assunto in gravidanza o durante l'allattamento può comportare delle malformazioni fetali, quali labioschisi o palatoschisi, quindi effetti teratogeni sul feto. (Grecchi, 2008)

ANTIPSIKOTICI

I farmaci antipsicotici, conosciuti anche come neurolettici, sono indicati nel trattamento delle psicosi, quali schizofrenia, disturbo schizoaffettivo, disturbi deliranti e bipolari. Si distinguono in antipsicotici convenzionali o tipici e di nuova generazione. I farmaci tradizionali presentano dei limiti, quali un'insufficiente risposta terapeutica nel 20-40% dei pazienti, limitata efficacia sui sintomi negativi effetti extrapiramidali.

Gli antipsicotici di seconda generazione presentano una maggiore tollerabilità rispetto agli antipsicotici tipici attenuano i sintomi negativi, riducono il rischio di insorgenza del pensiero suicidario e tendono a limitare i cambiamenti neuroatomici come la riduzione del volume del cervello la dilatazione dei ventricoli laterali e l'atrofia dei lobi frontali. Il meccanismo d'azione prevede l'effetto antagonista sui recettori D2 della dopamina a

livello corticale e limbico in maniera selettiva, producendo un effetto sedativo ed antipsicotico. L'azione antipsicotica si ha soprattutto nella riduzione dei cosiddetti sintomi positivi della schizofrenia quali deliri, allucinazioni visive, uditive, pensiero accelerato, eccitamento, aggressività. Inoltre esercitano un effetto sulla sintomatologia positiva come l'apatia, anedonia e avolizione. I farmaci convenzionali includono Fenotiazine(Clorpromazina),Butirrofenoni(Aloperidolo),Benzamidi,.

Tra gli antipsicotici di seconda generazione troviamo la Clonazapina, Risperidone, Olanzapina ,Quietapina,Amisulpride. Clozapina,Risperidone. I principali effetti collaterali comprendono aumento ponderale, alterazioni del metabolismo glucidico e del colesterolo,disturbi extrapiramidali (distonie acute, acatisia, parkinsonismi, discinesia tardiva),ipotensione ortostatica, sindrome maligna da neurolettici,agrunolocitosi (Clozapina). Nella donna possono verificarsi amenorrea, dismenorrea, metrorragia. Questi farmaci si possono somministrare per via enterale (orale) o per via intramuscolare .A seconda del farmaco prescritto le iniezioni si effettuano una volta ogni 2/4 settimane . In fase acuta e di proseguimento la somministrazione è a dosaggio pieno mentre nella fase di mantenimento a dosaggio ridotto.

ANTIDEPRESSIVI

I farmaci antidepressivi sono sostanze che agiscono sul tono dell'umore, inibendo il meccanismo di ricaptazione delle amine cerebrali (serotonina, noradrenalina e dopamina). Si suddividono in triciclici, inibitori delle monoaminossidasi (IMAO),inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e della noradrenalina. Generalmente la risposta terapeutica dalla somministrazione del farmaco compare dopo circa 2/3 settimane Gli SSRI presentano un maggior profilo di tollerabilità rispetto ai triciclici e un minor rischio di tossicità I principali effetti collaterali degli antidepressivi triciclici dipendono dalla loro azione anticolinergica, che comporta secchezza delle fauci, stipsi, ritenzione urinaria, dall'azione adrenolitica che comporta tremori, vertigini, ipotensione ortostatica. E 'opportuno un attento monitoraggio nel prevenire un'eventuale intossicazione di tricicli che può diventare

fatale; l'intossicazione è caratterizzata da una triade sintomatologica che comprende coma, convulsioni, gravi aritmie.

BENZODIAZEPINE

Sono generalmente prescritti per la cura dei disturbi d'ansia generalizzata, di attacco di panico, nei disturbi fobici, nel disturbo post traumatico da stress e nei disturbi ossessivo compulsivi. Queste sostanze hanno una molteplice attività, in quanto interagendo con i recettori GABA, producono un effetto ansiolitico, miorilassante, anticonvulsione. Sono classificate in funzione della loro emivita plasmatica che può essere breve (2-6 ore), intermedia (6-24 ore), lunga (1-4 giorni). I farmaci a emivita breve sono ad esempio il triazolam e il midazolam; il lorazepam e l'alprazolam hanno un'emivita intermedia e il diazepam, clonazepam e bromazepam presentano un'emivita più lunga. Tra i possibili effetti indesiderati si riscontrano astenia, sonnolenza, sedazione, diminuzione della performance psicomotoria e cognitiva, confusione mentale nel soggetto anziano, effetti residui o hangover al risveglio come malessere generale, stordimento, cefalea o il cosiddetto effetto paradossale con irrequietezza psicomotoria o eccitazione ipomaniacale. L'intossicazione è caratterizzata da profonda sonnolenza e astenia muscolare; in genere anche dosi molto alte di BDZ non sono mortali ma possono indurre all'arresto respiratorio se associate ad alcool o barbiturici, neurolettici. In questi casi è opportuno somministrare l'antagonista delle benzodiazepine, il flumazenil. Un'improvvisa e brusca sospensione di benzodiazepine può provocare la sindrome di astinenza da benzodiazepine; la gravità dei sintomi è correlata alla dose e alla durata della terapia; la sintomatologia comprende ansia, disforia, fascicolazioni muscolari e crisi epilettiche nei casi più gravi.

TERAPIE PSICOLOGICHE

-FASE DI MANTENIMENTO:

Nella fase di mantenimento è importante evitare ricadute e recidive da parte del paziente; la terapia farmacologica associata a quella psicologica permette di aumentare la compliance del paziente ai trattamenti, portando all'eliminazione di eventuali sintomi

residui, migliora la gestione dello stile di vita del paziente, la tempestività degli interventi. Tutto ciò si traduce in una riduzione del numero e della durata degli episodi maniacali e/ depressivi, dei ricoveri ospedalieri, dei tentativi di suicidio e in un aumento della qualità della vita.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (TCC)

Fu ideata negli anni '70 del XX secolo da Aaron T. Beck psichiatra e psicoterapeuta Statunitense che unì due correnti fondamentali fino ad allora considerate distinte: il comportamentismo e il cognitivismo. Il modello comportamentale nasce intorno al 1900 ed è basato sullo studio scientifico del comportamento, ossia gli aspetti esteriori direttamente manifesti, quindi tutte le attività osservabili del soggetto con il mondo esterno. John B. Watson è considerato il padre fondatore di questa teoria; egli infatti riteneva che l'organismo fosse una scatola nera (black box) all'interno della quale non si può accedere, poiché è impossibile osservare i contenuti di coscienza. La psicologia cognitiva si sviluppa intorno al 1967, teorizzata dallo psicologo statunitense Ulric Neisser, che ha come obiettivo lo studio dei processi mentali, mediante i quali le informazioni vengono acquisite dal sistema cognitivo elaborate, memorizzate e recuperate. La mente è come se fosse un software che acquisisce informazioni provenienti dall'esterno(input), le elabora e le semplifica e le restituisce all'esterno sottoforma di output. Oggetto di studio del cognitivismo sono la percezione, la sensazione, l'impressione il pensiero, l'apprendimento, il ragionamento, la memoria, il linguaggio. (JS, 2011) La terapia cognitivo comportamentale è una forma di terapia strutturata e orientata agli obiettivi. Il terapeuta e il paziente lavorano in modo collaborativo, con l'obiettivo di modificare i modelli di pensiero e comportamento per determinare un cambiamento benefico dell'umore e un miglioramento della qualità di

vita del paziente. Vengono utilizzati protocolli di trattamento appropriati in base alla diagnosi clinica e ai problemi che il paziente sta affrontando. La maggior parte degli psicoterapeuti personalizzano la terapia in base alle esigenze specifiche di ciascun paziente. Il primo passo è una valutazione del paziente e l'inizio dello sviluppo di una concettualizzazione individualizzata di lui /lei I problemi su cui il paziente vorrebbe lavorare in terapia e gli obiettivi sono decisi nella prima o nella seconda sessione in modo collaborativo. I problemi prioritari vengono elaborati per primi. La sessione inizia sempre con un breve aggiornamento e verifica dell'umore. Le questioni all'ordine del giorno sono intervallate da feedback e riepiloghi. La sessione si conclude con l'impostazione di ulteriori compiti a casa e un riepilogo finale. I trattamenti CBT tipici prevedono sessioni di circa 60 minuti che si verificano per 8-12 settimane.

(Psicoterapia cognitivo comportamentale-Istituto A.T Beck , s.d.)

“ (...) l'uomo possiede la chiave della comprensione del suo disturbo psicologico entro il campo della sua coscienza. Può correggere le errate concezioni che producono il disturbo emotivo, con lo stesso modo usato per risolvere i problemi durante i vari stadi di sviluppo.” (Beck,1976)

TEAM SANITARIO

La CBT è una forma valida e comprovata di terapia psicologica per una serie di disturbi mentali. È importante che medici e infermieri capiscano che la CBT viene spesso utilizzata in combinazione con la terapia farmacologica per ottenere i migliori risultati. Inoltre, la CBT ha dimostrato di fornire benefici aggiuntivi o risultati simili rispetto ai soli farmaci. I pazienti con disturbi psichiatrici dovrebbero essere indirizzati a un infermiere di salute mentale che può educare il paziente sulle opzioni di trattamento. I medici di base sono incoraggiati a sviluppare relazioni collaborative con i terapeuti

comportamentali e ad introdurre e monitorare i progressi della terapia cognitivo-comportamentale. Un approccio di squadra interprofessionale porterà ai migliori risultati.

PSICOEDUCAZIONE

La psicoeducazione può essere definita come l'educazione di una persona con un disturbo psichiatrico per quanto riguarda i sintomi, i trattamenti e la prognosi di quella malattia. Non è semplicemente "fornire informazioni", ma piuttosto potenziare la formazione per i pazienti mirata a promuovere la consapevolezza, fornendo strumenti per gestire, affrontare e vivere con una condizione psichiatrica cronica e cambiando i comportamenti e gli atteggiamenti relativi alla condizione (Francesc Colom, 2016). Numerosi studi affermano che la durata media della psicoeducazione è di circa 12 settimane. L'obiettivo può essere quello di cercare di prevenire il ricovero ospedaliero e di gestire la malattia o la condizione per aiutare il paziente a raggiungere il suo massimo grado di salute e benessere. L'educazione del paziente può assumere una varietà di forme a seconda delle capacità e degli interessi del paziente e della famiglia. Ad esempio, l'educazione può avvenire in piccoli gruppi o su base individuale; può comportare l'uso di videocassette, opuscoli o una combinazione di questi. I meccanismi d'azione della psicoeducazione nel trattamento del disturbo bipolare possono essere suddivisi in tre livelli (Francesc Colom, 2016) :

- 1) Meccanismi elementari o obiettivi parziali di primo livello
- 2) Meccanismi secondari o obiettivi parziali di secondo livello
- 3) Obiettivi desiderati o di eccellenza terapeutica

Nel primo livello sono compresi obiettivi quali dotare il paziente di un'adeguata consapevolezza della malattia, di migliorare l'aderenza farmacologica e di ridurre la ricomparsa di nuovi episodi. Sono considerati obiettivi necessari per l'efficacia della cura, in quanto il loro mancato raggiungimento indica l'errato funzionamento della terapia psicoeducazionale. Nel secondo livello si collocano gli obiettivi parziali o desiderabili che senza dubbio non sono responsabilità esclusiva del programma psicoeducativo. Tra questi sono compresi ad esempio l'insegnare al paziente una corretta gestione dello stress, l'evitare l'abuso di sostanze raggiungere uno stile di vita equilibrato e prevenire le condotte suicidarie. La prevenzione del suicidio costituisce un intervento primario in ambito psichiatrico ed è incluso nel secondo livello in quanto non è considerato un obiettivo esclusivo della psicoeducazione. Tra gli obiettivi desiderati o di eccellenza vi sono la riduzione del numero degli episodi gravi, l'incrementare la conoscenza e le abilità di fronteggiare le conseguenze psicosociali degli episodi passati e futuri incrementare il benessere e migliorare la qualità della vita. I destinatari della psicoeducazione, gli interventi possono essere rivolti ai pazienti singoli a gruppi di pazienti o alle loro famiglie. Per quanto riguarda la durata molte ricerche supportano l'efficacia di interventi di lunga durata che si organizzano tipicamente in 21 incontri in un arco temporale che va dai sei mesi per la psicoeducazione di gruppo, ai nove mesi, per gli interventi sulle famiglie. (Miklowitz, 2003) Nel programma dei sei mesi di psicoeducazione si discute circa la conoscenza della malattia, l'aderenza alla terapia l'evitamento all'abuso di sostanze, l'individuazione precoce dei nuovi episodi, la regolarità dello stile di vita e la gestione dello stress. Tra i vantaggi di una sessione di lunga durata vi sono:

- Il contenuto: un programma di sei mesi permette di affrontare molti temi, senza tralasciare alcun argomento
- la partecipazione: il coinvolgimento dei pazienti contribuisce a migliorare la comprensione dei contenuti ma anche a diminuire lo stigma e la sensazione di isolamento
- la coesione all'interno del gruppo: lo sviluppo di un clima di fiducia consente di affrontare tematiche anche molto personali
- il modellamento: il contatto frequente con altri membri crea un effetto di "modellamento", nel senso che ognuno può apprendere dall'esperienza altrui ed essere stimolato a fare meglio. Un programma di lunga durata porta con sé anche alcuni svantaggi, quali una percentuale di abbandono che normalmente si avvicina al 25% e l'impegno di risorse dedicate e vincolate a tale periodo. In alternativa è possibile seguire programmi di durata minore, anche se non vi sono altrettanti riscontri dalle ricerche in termini di efficacia.

TERAPIA DEL RITMO INTERPERSONALE E SOCIALE

I soggetti affetti dai disturbi dell'umore sono più suscettibili nell'adattarsi ai cicli dei ritmi circadiani, per cui risulta più impegnativo per loro far fronte a questi cambiamenti. La terapia del ritmo interpersonale e sociale (IPSRT) è finalizzata ad aumentare la regolarità delle routine quotidiane dei pazienti, in particolare i cicli di sonno/veglia, spesso irregolari, i tempi dei pasti e i tempi di riposo rispetto all'attività. L'IPSRT è orientato a stabilizzare la routine dei pazienti, migliorando contemporaneamente la qualità delle loro relazioni interpersonali e le loro prestazioni di ruoli sociali. (Frank. E., 2007)

Questo approccio si concentra sui problemi di relazione interpersonale, vissuti dai pazienti con disturbo bipolare in particolare nella loro fase depressiva, sulla prevenzione di un passaggio allo stato maniaco, a causa della compromissione del loro ciclo sonno/veglia. Questa terapia non si occupa solamente dei problemi interpersonali ma anche dei conflitti di ruolo, esigenze relazionali e problemi legati alla perdita, nonché dell'organizzazione delle attività che dovrebbero essere eseguite regolarmente nella vita quotidiana come ad esempio il tempo per andare a letto o per alzarsi, l'esercizio fisico e le relazioni sociali. I pazienti sono assistiti nell'organizzare la loro vita quotidiana, dopo un episodio acuto e vengono fatti sforzi per identificare i fattori scatenanti che possono causare un nuovo episodio. Questa terapia ha dimostrato di ridurre le recidive e migliorare il funzionamento.

EDUCAZIONE FAMILIARE

L'obiettivo principale dell'educazione familiare è quello di includere i familiari, i caregiver o gli affiliati interessati del paziente nel processo di trattamento e riabilitazione sia nei periodi acuti che cronici. Tali interventi includono la formazione alle famiglie in modo da supportarle nell'aiutare i loro cari a sviluppare capacità di coping, migliorare le loro capacità di risoluzione dei problemi e di comunicazione. Viene indicato per migliorare le relazioni tra i pazienti e le loro

famiglie, diminuire la percezione dello stress, e migliorare l'aderenza, al trattamento.

Di conseguenza, le recidive e i ricoveri diminuiscono e aumenta il livello di autonomia

L'educazione familiare è raccomandata dalle linee guida di trattamento sia in

fase acuta sia in fase cronica. Un approccio psicoeducativo integrato è stato proposto

da Ian Faloon (Faloon, 1992), psichiatra neozelandese, il quale ha portato avanti per

anni un progetto di cura di pazienti a domicilio mediante l'intervento di infermieri

specializzati, in collaborazione con i medici di base, ricorrendo all'ospedalizzazione

solo in casi eccezionali. La convivenza con un malato psichiatrico può essere una fonte

di disagio e stress, per cui si è messa a punto l'idea di inviare a domicilio figure esperte

opportunamente formate in maniera che possano addestrare i familiari insegnando

loro le tecniche per fronteggiare le problematiche derivanti dalla malattia. Gli obiettivi

della psicoeducazione familiare sono:

-Impegnare l'assistenza nel sostenere il trattamento e la riabilitazione del malato

-Assicurare un supporto competente

-Alleviare la sofferenza derivata dal disagio psichico tra i membri della famiglia e

sostenere i propri, sforzi per favorire la guarigione dei loro cari.

I punti salienti del metodo di Faloon sono:

- Valutazione dei punti deboli e di forza del nucleo familiare e la definizione di obiettivi per ogni membro della famiglia
- Fornire informazioni approfondite sul disturbo psichiatrico in questione e sul trattamento
- Insegnare le modalità di comunicazione più appropriate
- Insegnare un metodo di problem solving adeguato alle situazioni
- Educare al riconoscimento dei segnali di crisi per poter intervenire tempestivamente
- Indicare strategie specifiche in risposta ad esigenze particolari (es. assumere farmaci).

L'intervento prevede incontri domiciliari di circa 1 ora con un infermiere esperto, a cadenza settimanale nei primi tempi per poi andare a variare in base all'esito del trattamento. Ogni seduta comprende esercizi da svolgere con l'operatore o da eseguire in sua assenza; si analizzano i progressi verso gli obiettivi prestabiliti, le criticità eventualmente riscontrate tra una seduta e l'altra; il metodo inoltre fornisce consigli pratici su come gestire l'aggressività del malato, come prevenire il rischio di suicidio, la mancata compliance al trattamento farmacologico.

Dunque, riassumendo, gli interventi infermieristici messi in atto sono relativi a:

-Valutazione della risposta terapeutica e controllo del regime

farmacologico, accertandosi che il paziente/caregiver abbia compreso le modalità di assunzione, il dosaggio e la frequenza dei farmaci

-Rafforzare l'importanza della compliance ai farmaci per controllare i sintomi della mania

-Monitoraggio dei parametri vitali

-Garantire la sicurezza dell'ambiente domestico e prevenire il rischio di suicidio, eliminando potenziali fonti di pericolo

-Valutazione e monitoraggio nutrizionale attraverso una consulenza dietistica

Un'altra possibile proposta di cura a domicilio è stata avanzata dal Canton Ticino in

Svizzera dove è stato ideato un progetto denominato "Home Treatment", a cura

dell'Organizzazione Sociopsichiatrica cantonale (OSC), rivolto a persone con disagio

psichico come possibile alternativa all'ospedalizzazione in clinica psichiatrica (Home

treatment - Psichiatria acuta territoriale CPC). Su segnalazione da parte di un

MMG, un'equipe multidisciplinare valuterà e concorderà con l'utente l'eventuale presa

in carico. In questo modo il paziente viene seguito a domicilio da un team composto

dal medico psichiatra infermieri specializzati in salute mentale, psicologi, assistenti sociali, in un arco di tempo variabile tra le 6-8 settimane fino alla risoluzione della crisi. L'equipe è attiva sette giorni su sette dalle ore 7.00 alle 22.30, con reperibilità notturna. Dopo aver fatto la valutazione si progetterà un piano terapeutico individualizzato che prevede visite e controlli domiciliari, esami ematici, prescrizione e somministrazione della terapia farmacologica, psicoeducazione rivolta alla persona e alla famiglia, supporto psicologico, consulenza con l'assistente sociale, progetto di dimissione.

I criteri di attivazione per la presa in carico sono:

- Persone maggiorenni
- Persone affette da patologia psichiatrica acuta
- Attivazione del servizio su base volontaria

I criteri di esclusione sono:

- Condizione di intossicazione acuta da alcool e stupefacenti
- Alto rischio di aggressività

L'EVOLUZIONE DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA IN AMBITO PSICHIATRICO

Il termine psichiatria fu coniato per la prima volta nel 1808 da un medico tedesco

Joahnn Christian Reil e si traduce letteralmente “cura dell’anima”. (Reil, s.d.)

In quell’epoca nacquero proprio le prime strutture dedicate all’internamento dei soggetti

affetti da disturbo mentale, i manicomi. Queste strutture raccoglievano gli individui

considerata “folli” dalla società, che erano non solo coloro che avevano realmente un

disagio psichico ma anche i poveri, mendicanti, quelli che vivevano ai margini della

società, figure che potevano rappresentare un pericolo per la popolazione

Le condizioni di vita all’ interno dei manicomi erano disumane per i pazienti internati in

quanto era vietato qualsiasi contatto con il mondo esterno, venivano privati di ogni

diritto poiché incapaci di intendere e di volere e obbligati a subire torture brutali come

ad esempio l’elettroshock, bagni in acqua ghiacciata e lobotomie. Verso la fine

del’700, a ridosso dell’Illuminismo e il riconoscimento dei diritti universali si iniziò a

concepire l’idea di creare un ambiente più umano intorno al pazzo, togliendo le catene

che fino ad allora ne avevano caratterizzato l’approccio, fondando il progetto di

cura sulla relazione interpersonale. Il primo ad utilizzare questo approccio fu uno psichiatra francese Pinel, il quale sostituì il termine “pazzo” con malato di mente cioè un individuo affetto da patologia psichiatrica. Dunque dagli anni ‘70 con la nascita di alcune correnti come il femminismo e il pensiero socialista, cominciò a mutare il concetto di cura del malato psichiatrico che non doveva essere orientato all’esclusione dell’individuo in quanto diverso dagli altri, ma finalizzato al recupero della dignità della persona, sebbene debole e in difficoltà ma che come tale doveva essere riabilitata, accolta e reinserita nella società.

Grazie alla legge n° 180/78, definita “Legge Basaglia” i manicomi vennero finalmente chiusi, segnando il passaggio dell’assistenza psichiatrica al Servizio Sanitario Nazionale. Questa legge prevede la disposizione dei Dipartimenti di salute mentale con le sue relative funzioni curative, preventive e riabilitative. Inoltre il trattamento sanitario diventa essenzialmente volontario, riservando il TSO (trattamento sanitario obbligatorio) a casi eccezionali. Perciò la figura dell’infermiere ha subito un’evoluzione nel corso degli anni poiché da custode dei matti diventa il responsabile degli interventi assistenziali volti al mantenimento della salute mentale. Egli funge da

mediatore tra la malattia e il mondo esterno con cui il paziente si relaziona quotidianamente.

IL RUOLO DELL' INFERMIERE

L'infermiere deve orientare l'intervento assistenziale al recupero delle capacità di autocura della persona sofferente, sostenendo prioritariamente le dimensioni compromesse, soprattutto quelle psicologiche e sociali. L'obiettivo finale è quello di sviluppare dei modelli comportamentali e relazionali adattivi, cioè coerenti e funzionali a una vita inserita in uno specifico contesto sociale. Fra tutte le figure professionali, l'infermiere è quello più a stretto contatto con la persona sofferente per cui ogni sua azione diventa uno stimolo che viene interpretato dal paziente, un'occasione per aiutare il paziente a percepire e a interpretare il mondo esterno e a reagirvi.

L'infermiere diventa un compagno di viaggio che attraverso una relazione spesa nella quotidianità, aiuterà la persona a recuperare modelli comunicativi e comportamentali adatti per un reinserimento nella società. Questo processo deve essere inteso come un continuo progredire verso maggiori livelli di autonomia tenendo sempre in considerazione lo stadio di compromissione delle funzioni psichiche,

a partire da quelli più gravi, nei quali si dovrà intervenire presidiando le funzioni di base (ad esempio alimentazione ritmo sonno veglia, igiene personale ecc...), fino al recupero delle capacità più evolute e richieste dal contesto sociale come gestire i propri risparmi, mantenere un'attività lavorativa, gestire i propri risparmi. In questo senso l'infermiere dovrà intervenire calibrando in maniera opportuna il livello di supporto, di sostegno e di incoraggiamento richiesto dal paziente. Tenendo conto che il disturbo mentale è inscindibilmente collegato al contesto sociale, l'intervento infermieristico non potrà prescindere dal farsi carico non solo dalla persona affetta dal disturbo ma anche dal contesto in cui è inserita, a cominciare dalla famiglia. Il ruolo dell'infermiere è quello di consentire al soggetto di comprendere le sfaccettature della sua malattia e consentirgli di affrontarle al meglio. La relazione terapeutica è il veicolo per guidare questo processo e l'obiettivo è far sì che il paziente recuperi l'indipendenza e la capacità di autocura.

La comunicazione rappresenta il principale strumento per instaurare la relazione terapeutica ed entrare in contatto con la persona; il processo comunicativo si svolge su tre livelli: sul piano verbale che è costituita dalle parole, dal discorso, che consente lo

scambio di informazioni tra due interlocutori, sul piano non verbale che comprende la postura, i movimenti, la gestualità, le espressioni del volto, lo sguardo e sul piano paraverbale ovvero la modalità con cui viene utilizzata la voce, il timbro, il tono, le pause. Il linguaggio non verbale rappresenta il principale canale di trasmissione degli stati d'animo, sentimenti ed emozioni.

LA RELAZIONE INTERPERSONALE

Hildegard Peplau, infermiera statunitense autrice della teoria del Nursing psicodinamico, un modello di interazione infermiere-paziente che si sviluppa durante il percorso di cura. La Peplau è stata molto attiva nei contesti di cura psichiatrici e questo le permise di acquisire esperienza diretta sul campo. Infatti pubblicò il suo articolo originale nel 1952 ed in seguito pubblicò successive revisioni che fornirono una base sul concetto di comunicazione terapeutica. (Hagerty TA, 2017) La sua teoria, denominata appunto "Teoria della relazione interpersonale", si basa sulla descrizione di specifiche fasi della relazione infermiere-paziente in cui l'infermiere assume il ruolo di mediatore primario per il processo di guarigione. Le fasi sono interdipendenti tra loro e in ciascuna l'infermiere assume diversi ruoli al fine di aiutare il paziente. La

prima fase corrisponde all'orientamento in cui avviene il primo contatto tra infermiere-paziente; l'infermiere assume il ruolo di estraneo, non conosce il paziente perciò deve essere in grado di saper entrare in contatto con lui attraverso il rispetto, l'interesse, l'accettazione, atteggiamento non giudicante, la comunicazione, l'ascolto e la fiducia, affinché si possa comprendere chiaramente il bisogno del paziente ed offrire risposte adeguate. La seconda fase prevede l'identificazione, ovvero il paziente reagisce a questa relazione identificandosi con colui che risolve il problema ovvero l'infermiere; questa fase è molto variabile a seconda della reazione del paziente stesso (es. al senso di incapacità del paziente deriverà una dipendenza totale dall'infermiere, dal rifiuto delle cure, un'indipendenza dall'infermiere, da una compliance partecipe alle cure risulterà una relazione interdipendente con l'infermiere).

Nella terza fase, ovvero dell'utilizzazione, il paziente una volta che ha stabilito una relazione di fiducia, può utilizzare le risorse a sua disposizione, soddisfacendo al meglio i propri bisogni. L'ultima fase prevede la risoluzione della relazione terapeutica, quindi termina il rapporto di interdipendenza si interrompe, il paziente si libera dal legame di identificazione con l'operatore; questa fase estremamente delicata è fondamentale per

evitare che la relazione si cronicizzi. Il concetto di comunicazione terapeutica è stato ampiamente studiato e ha dimostrato di avere molteplici benefici in diversi settori, quali medico, infermieristico, di salute mentale e in contesti sociali. Infatti la comunicazione aumenta l'accuratezza nella formulazione della diagnosi e l'identificazione delle emozioni del paziente, delle migliori misure terapeutiche da adottare in base ai bisogni specifici del paziente. L'aderenza al trattamento è determinata dalla qualità della comunicazione che influenza direttamente i risultati da raggiungere. Le barriere alla comunicazione che sono state riscontrate in letteratura includono l'ansia del paziente, il mancato riconoscimento delle differenze culturali tra i soggetti, le differenze linguistiche, il sovraccarico di lavoro per gli operatori sanitari, la carenza di tempo o personale, aspettative irrealistiche da parte del paziente.

Il riconoscimento di queste differenze e l'adattamento dello stile di comunicazione all'individuo sono da tenere in considerazione. La comunicazione può essere ostacolata da fattori relativi al paziente come agitazione, aggressività, psicosi, delirio e intubazione. In questi casi per facilitare la comunicazione può essere utile adottare alcune tecniche. Nell'agitazione si utilizzano le tecniche di de-escalation verbale

(Maiolin Du, 2017), che hanno l'obiettivo di ridurre il livello di tensione, attraverso il mantenimento di una distanza moderata senza apparire guardinghi, l'uso del linguaggio del corpo, il tono di voce calmo. La psicosi presenta una barriera comunicativa impegnativa, specialmente per quanto riguarda allucinazioni e deliri. In tale contesto è necessario analizzare il significato delle esperienze psicotiche del paziente al fine di comprenderle adeguatamente, piuttosto che considerare la natura e il contenuto di esse. Per cui l'ascolto attivo dei sentimenti del paziente riguardo le proprie convinzioni, pensieri ed esperienze identificando eventuali angosce intorno a queste esperienze.

In letteratura è stato individuato un approccio potenzialmente utile chiamato "Communication Skill Training" (CTS) (A. Papageorgiou, 2017), relativo alle tecniche per una comunicazione efficace ma sono necessari necessari ulteriori approfondimenti a riguardo. I benefici riscontrati derivano inoltre dalla soddisfazione del paziente che avviene realizzando le sue aspettative, tenendo conto dei suoi valori.

Ogni membro del team sanitario assume un ruolo fondamentale nella comunicazione terapeutica con il paziente; tra l'altro anche una comunicazione interprofessionale efficace può essere utile per migliorare i risultati.

Gli interventi del team sanitario orientano e guidano l'assistenza sanitaria, perciò ogni professionista sanitario deve essere consapevole e a conoscenza delle tecniche per una comunicazione ottimale. Ciascuno ha la responsabilità di raccogliere informazioni relative al paziente in modo da consentire un approccio terapeutico olistico attraverso il confronto tra i membri del team.

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO DEL DISAGIO

PSICHICO

Il processo di nursing promuove l'assistenza individualizzata attraverso il riconoscimento di interventi mirati alla singola persona, la stesura di un piano personalizzato al quale fanno riferimento tutti gli infermieri dell'equipe, previa individuazione degli obiettivi da raggiungere, il controllo dei progressi dell'assistito e valutazione del raggiungimento degli obiettivi stabiliti. Il processo di nursing in psichiatria non si occupa di risolvere i sintomi dei disturbi mentali, compito dello psichiatra ma di risolvere i problemi di vita derivati dal disturbo psichico o di adattarsi ad essi per raggiungere un certo grado di autonomia nonostante il problema. L'accertamento costituisce la prima fase del processo di

nursing e comprende una sistematica raccolta dati diretta a determinare lo stato di salute della persona. La raccolta dati si realizza attraverso l'analisi della cartella clinica del paziente, il colloquio e l'osservazione dell'assistito mirati ad individuare problematiche derivate dalla condizione di disagio mentale. Il colloquio permette di ricavare informazioni sull'anamnesi attuale e/o remota della persona, riguardo la sua condizione emotiva e sociale, sullo stato mentale, sul modello di comportamento, il funzionamento psicologico, su eventuali modelli di coping adottati dal paziente; inoltre attraverso il colloquio si instaura il rapporto terapeutico paziente-infermiere. Il colloquio avviene al primo contatto con la persona e nel corso della presa in carico; l'infermiere deve attenersi ad alcuni principi generali ovvero favorire il dialogo, lasciando parlare liberamente il paziente garantire l'ascolto attivo, prendere seriamente il paziente, indagare eventuali pensieri autolesivi, di suicidio o di aggressione ma pur sempre mantenendo una posizione neutrale. Il colloquio può iniziare attraverso domande aperte per raccogliere informazioni generali e poi si può procedere verso una direzione più specifica con domande dirette e chiuse. L'osservazione consente di ricavare informazioni oggettive riguardo l'assistito, quali l'interazione con l'ambiente

esterno, con la famiglia e il contesto sociale in cui è inserito; per facilitare il lavoro

l'infermiere può avvalersi di diverse scale di valutazione psichica e strumenti

specifici Per rilevare i modelli di risposta ai bisogni di salute l'infermieristica ricorre

ai modelli funzionali di Marjory Gordon. Questi modelli furono sviluppati nel 1982 e

sono suddivisi in 11 categorie che consentono un approccio sistematico e

standardizzato per sviluppare la raccolta dati. In ambito psichiatrico esistono molte

scale di valutazione da utilizzare in relazione al tipo di disturbo preso in esame.

Per quanto concerne il disturbo bipolare la scala più frequentemente utilizzata è la

YRMN (Young rating mania scale), che esamina 11 item basati sulla percezione

soggettiva del paziente nelle precedenti 48 ore. Può essere somministrata da un medico

da un operatore con esperienza nel campo psichiatrico e impiega 15/30 minuti per

somministrarla. La scala prende in esame vari aspetti, come ad esempio

l'irritabilità, l'eloquio, contenuti del pensiero e comportamento aggressivo, l'aumento

del tono dell'umore, dell'attività motoria, sonno, appetito, libido. Il punteggio può

variare in base alle caratteristiche cliniche del paziente; un punteggio pari a 12 indica

uno stato di mania, mentre un punteggio uguale a 3 indicano stato di depressione.

(Young RC, 2000).

Una buona raccolta dati è influenzata dalle capacità relazionali dell'infermiere, il quale deve possedere un'ampia conoscenza delle tecniche di comunicazione verbale e non verbale. L'infermiere mediante un approccio empatico deve tenere conto delle emozioni, le impressioni e le sensazioni che il paziente prova nei momenti di interazione, ma senza farsi coinvolgere in maniera eccessiva in quanto può portare a definire bisogni non rilevanti per l'assistito. Dopo la raccolta dati è necessario documentare appena possibile quanto rilevato. L'accertamento del funzionamento psichico non è orientato a formulare una diagnosi psichica ma piuttosto a determinare come il paziente si relaziona con il mondo esterno, la conoscenza di esso; quindi l'accertamento del modello cognitivo serve per indagare il legame con la realtà, la percezione e la presenza/assenza di segni e sintomi come i pensieri morbosi, autolesivi, ossessioni, percezioni distorte della realtà, convinzioni errate. Sono considerate funzioni cognitive la percezione, la memoria, pensiero ideazione, comunicazione, coscienza, affettività, tono dell'umore, immagine corporea, attenzione e vigilanza.

(Paolo Barelli, 2021)

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

La seconda fase del processo di nursing si configura con la formulazione delle diagnosi infermieristiche, ovvero l'espressione dello stato di salute della persona e costituiscono la base su cui si attueranno gli specifici interventi volti a raggiungere gli outcomes prestabiliti. La diagnosi infermieristica è definita dalla NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), la quale ha stilato una classificazione per organizzare le denominazioni diagnostiche. La corretta enunciazione diagnostica infermieristica comprende il titolo della diagnosi, le caratteristiche definenti, i fattori correlati, cioè i fattori che possono essere associati al problema e la descrizione degli indicatori diagnostici osservati, ovvero l'individuazione di alcuni comportamenti tipici di quel problema. La seguente tabella illustra tutte le diagnosi infermieristiche correlate al disturbo bipolare e i relativi interventi da mettere in atto nel piano di assistenza al paziente (Judith M. Wilkinson, 2017):

| DIAGNOSI | DEFINIZIONE | CARATTERISTICHE DEFINENTI | FATTORI CORRELATI | OBIETTIVI | NIC | NOC |
|------------------------------|---|---|--|---|--|---|
| Ansia (00146) | Vago senso di disagio o di timore; senso di apprensione causato dalla percezione di un pericolo | Agitazione, irrequietezza, angoscia, aumento della sudorazione, blocco del pensiero, compromissione dell'attenzione, difficoltà di concentrazione | Fattori di stress, Crisi situazionali/di sviluppo variazioni dell'ambiente, bisogni insoddisfatti, abuso di sostanze | Il paziente mostrerà riduzione dell'ansia entro qualche ora il paziente metterà in pratica le tecniche di rilassamento entro qualche ora | Valutare e documentare il livello di ansia della persona Educare sui sintomi dell'ansia Insegnare all'assistito le tecniche di rilassamento somministrare su prescrizione medica i farmaci che riducono il livello di ansia | Autocontrollo dell'ansia Coping |
| Coping inefficace (00069) | Incapacità di effettuare un'adeguata valutazione degli agenti stressanti | Fatigue, incapacità di affrontare le situazioni, difficoltà di concentrazione | Crisi situazionali o di sviluppo Scarsa fiducia nelle proprie capacità di affrontare le situazioni | Il pz. mostrerà un coping efficace entro qualche giorno Il pz. mostrerà capacità decisionale entro qualche giorno Il pz. avrà | Fare counseling incentrato sui bisogni e i problemi dell'assistito Miglioramento del coping Addestramento al controllo degli impulsi applicando strategie di problem solving in | Coping Autocontrollo degli impulsi Capacità decisionale |

| | | | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|---|---|---|
| | | | | autocontrollo degli impulsi | situazioni sociali e interpersonale Fornire sostegno emozionale | |
| Rischio di lesione (00035) | Vulnerabilità ad una lesione a causa di condizioni ambientali che interagiscono con le risorse della persona, che può compromettere lo stato di salute | | Fattori di rischio: Alterazione della funzione cognitiva alterazione della funzione psicomotoria, esposizione a sostanze chimiche e tossiche (veleni, /farmaci) barriere fisiche/ambientali | Il pz. dimostrerà un controllo dei rischi attraverso il monitoraggio dei fattori ambientali e del comportamento personale entro 1 giorno Il pz. dimostrerà specifiche strategie per il controllo dei rischi entro 1 giorno | Contenzione fisica: .applicazioni monitoraggio e rimozione dei mezzi meccanici di contenzione per limitare la mobilità dell'assistito Gestione dell'ambiente: sicurezza Identificazione dei rischi: analizzare i potenziali fattori di rischio | Conoscenze: sicurezza personale Integrità tissutale : cute e mucose Orientamento cognitivo Sicurezza dell'ambiente e del comportamento personale |
| Rischio di suicidio (00151) | Vulnerabilità a lesioni autoinflitte che costituiscono una minaccia alla vita | | Fattori di rischi: Brusco passaggio da una grave depressione all'euforia | Il pz mostrerà autocontrollo dall'ideazione e suicidaria Il pz. | Fare counseling incentrato sui bisogni e i problemi dell'assistito | Equilibrio dell'umore Autocontrollo degli impulsi |

| | | | | | | |
|--|---|--|---|---|--|---|
| | | | <p>Impulsività</p> <p>Storia di tentativi di suicidio</p> | <p>contatterà le persone concordate quando si presentano i pensieri suicidi</p> | <p>Gestione dell'ambiente: sicurezza, monitoraggio sistematico dell'ambiente fisico</p> <p>Gestione dell'umore: garantire il recupero e il mantenimento dell'umore</p> <p>Ispirare speranza</p> <p>Prevenzione del suicidio: rimuovere dall'ambiente /tra gli effetti personali oggetti pericolosi</p> | <p>Autocontrollo dell'ideazione e suicidaria</p> |
| <p>Autostima cronicamente scarsa (00119)</p> | <p>Autovalutazione e sentimenti negativi duraturi su di sé o sulle proprie capacità</p> | <p>Sottostima le proprie capacità di affrontare le situazioni</p> <p>Dipendenza dalle opinioni altrui</p> <p>Eccessiva ricerca di rassicurazione</p> | <p>Disturbo psichiatrico</p> <p>Esposizione ad un evento traumatico</p> | <p>Il pz. mostrerà un aumento dell'autostima entro qualche giorno</p> <p>Il pz. riconoscerà i propri punti di forza entro</p> | <p>Miglioramento dell'autostima: aumentare la considerazione del valore dell'assistito</p> <p>Fare counseling incentrato sui bisogni e i problemi dell'assistito</p> | <p>Autostima</p> <p>Livello di depressione</p> <p>Immagine corporea</p> |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|--|
| | | | | qualche giorno | Valorizzazione dell'immagine corporea | |
| Deficit nella cura di sé: alimentazio ne (00102) | Compromission e nella capacità di svolgere o completare da soli le attività legate all' assunzione degli alimenti | Compromessa capacità di completare un pasto in modo autonomo,deglutire il cibo,maneggiare le posate,servirsi di ausili | Diminuzione della motivazione Fatigue Depressione | Il pz. sarà in grado di alimentarsi da solo in modo indipendente entro qualche giorno Il pz. esprimerà soddisfazion e per la nutrizione e per le capacità di alimentarsi da solo | Assistenza nella cura di sé: alimentazione Monitoraggio nutrizionale: sistematica rilevazione, valutazione dei dati dell'assistito relativi all'assunzione di nutrienti Valutare la capacità di di utilizzare gli ausili essenziali | Cura di sé: alimentarsi Stato nutrizionale: assunzione di alimenti e liquidi |

CONCLUSIONI

L'esperienza della malattia ha un impatto notevolmente significativo nella vita della persona poiché si ripercuote negativamente a livello fisico, in quanto talvolta possono insorgere segni e sintomi invalidanti per il paziente stesso ed effetti collaterali dovuti alla farmacoterapia, a livello psichico, poiché soprattutto nelle fasi maniacali il

soggetto sperimenta sentimenti molto intensi e pensieri disorganizzati che possono creare un disagio interiore significativo, sviluppando un modello comportamentale maladattivo e in contrasto con l'ambiente circostante; nella fase depressiva invece, nella quale il tono dell'umore è molto basso, si assiste ad un calo dell'autostima, ad una perdita di interesse verso tutte/ quasi tutte le attività, sentimenti di autosvalutazione e senso di colpa che di conseguenza aumentano notevolmente il rischio di suicidio.

Anche il piano sociale risulta essere compromesso poiché questi sentimenti portano il paziente a sentirsi inadeguato rispetto all'ambiente in cui vive, rischiando l'emarginazione anche a causa dello stigma che attualmente si riscontra da parte della società nei confronti dei soggetti affetti da un disturbo psichico.

Dai risultati della letteratura è emerso che la psicoeducazione rappresenta una valida opzione di trattamento in aggiunta alla terapia farmacologica. Infatti una persona che riceve informazioni in maniera accurata riguardo la sua malattia, avrà una maggiore probabilità di gestirsi autonomamente, imparando a riconoscere precocemente gli episodi di crisi, a capire l'importanza dell'assunzione della terapia farmacologica nel giusto dosaggio e nei tempi indicati espressamente dal clinico ed infine a considerare

anche le terapie psicologiche che mirano a rendere consapevole sia la persona affetta da disturbo psichico sia i membri della sua famiglia riguardo il grado della patologia di cui è sofferente ed i mezzi per poterla fronteggiare.

Come è emerso dalla discussione degli studi presi in considerazione, l'infermiere ricopre un ruolo significativo nel processo di cura; egli infatti individua i bisogni di salute del paziente e pianifica interventi assistenziali basati sulla cura e l'educazione del paziente affinché raggiunga il benessere sul piano fisico, mentale e sociale.

Nel processo di cura è fondamentale instaurare la relazione terapeutica con il malato, strumento comunicativo efficace per approcciarsi al paziente.

L'infermiere deve fornire tutto il supporto necessario per migliorare le dimensioni compromesse e far sì che il paziente, raggiunga l'autonomia e il benessere della persona, in modo tale da sentirsi accettato e compreso.

BIBLIOGRAFIA

- A.Papageorgiou, Y. K. (2017, 06). *Formazione sulle abilità comunicative per professionisti della salute mentale che lavorano con persone con gravi malattie mentali* . Tratto da Cochrane Library: www.cochranelibrary.com
- American Psychiatric Association, A. 5. (2013). DSM 5- Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. USA: Edizione italiana della Text Revision , Raffaello Cortina Editore ,2015.
- Faloon, I. (1992). *Intervento psicoeducativo integrato in psichiatria*. Edizioni Centro Studi Erikson.
- Francesc Colom, E. V. (2016). *Manuale di Psicoeducazione per il disturbo bipolare* . Giovanni Fioriti Editore .
- Frank. E., S. H. (2007). Terapia del ritmo interpersonale e sociale: un intervento che affronta la disregolazione del ritmo del disturbo bipolare. *Dialoghi nelle Neuroscienze cliniche* .
- Grecchi, A. (2008). *Psicofarmaci: cosa sono, a cosa servono e come usarli* . Salerno: Ecomind .
- Grunze, H. (2009). *Giornale mondiale di psichiatria biologica; Le linee guida della Federazione Mondiale delle Società di Psichiatria Biologica (WFSBP) per il trattamento biologico dei disturbi bipolari*.
- Hagerty TA, S. W.-P. (2017). La teoria delle relazioni interpersonali di Peplau: una struttura fattoriale. *Nursing Science Quarterly (NSQ): SAGE Journals* , volume 30.
- Home treatment - Psichiatria acuta territoriale CPC*. (s.d.). Tratto il giorno www.4.ti.ch da Organizzazione Sociopsichiatrica Cantonale .
- JS, B. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press, seconda edizione.

- Judith M. Wilkinson, L. B. (2017). *Diagnosi Infermieristiche con NIC e NOC* .
Rozzano(MI): ed. italiana Casa Editrice Ambrosiana.
- Maiolin Du, X. W. (2017, 04 03). *Tecniche di de-escalation per l'aggressività o l'agitazione indotta dalla psicosi* . Tratto da Cochrane Library:
www.cochranelibrary.com
- Malhi GS, T. M. (2013). Potenziali meccanismi d'azione del litio nel disturbo bipolare .
- Miklowitz, D. J. (2003, 02 10). *Uno studio randomizzato di psicoeducazione e farmacoterapia focalizzata sulla famiglia nella gestione ambulatoriale del disturbo bipolare*. Tratto il giorno 03 18, 2023 da Jama Network - Psichiatria .
- OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità (2013). *Ministero della Salute*. Tratto da
www.salute.gov.it
- Organizzazione mondiale della sanità, O. (2016, 01 05). *Ministero della Salute; Documentazione; Pubblicazioni*. Tratto il giorno 03 18, 2023 da Piano per la Salute Mentale 2013-2020: www.salute.gov.it
- Paolo Barelli, E. S. (2021). *Nursing di Salute Mentale*. Roma: Carocci Faber.
- Psicoterapia cognitivo comportamentale-Istituto A.T Beck* . (s.d.). Tratto da
www.istitutobeck.com
- Reil, J. C. (s.d.). *Etimologia Psichiatria*. Tratto da Wikipedia:
<https://it.wikipedia.org/wiki/Psichiatria>
- SIMS, S. I. (s.d.). *Rapporto salute mentale: analisi dei dati del Sistema Informativo della salute mentale* . Tratto da Ministero della salute : www.salute.gov.it
- Young RC, B. J. (2000). *Handbook of Psychiatric Measures, American Psychiatric Association*. Washington DC.

RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo elaborato, vorrei dedicare qualche riga a tutti

coloro che mi hanno supportato in questo percorso universitario.

Voglio ringraziare in primis la mia nonna, colei che mi ha dato la forza nei momenti più bui, grazie alla sua pazienza, la sua saggezza e le sue parole che sono state come una fortezza per me, un punto fermo al quale sempre potrò affidarmi, quando non ho saputo credere in me stessa e nelle mie capacità lei in fondo lo ha sempre saputo che sarei stata abbastanza forte da superare tutto.

Ringrazio infinitamente i miei genitori, per tutti i sacrifici fatti in tutti questi anni , nonostante tutte le difficoltà non mi hanno mai fatto mancare nulla, non smetterò mai di ringraziarli, spero di averli resi orgogliosi.

Ringrazio Diana, conoscerla in questo percorso è stata una vera fortuna ci siamo trovate sin dal primo giorno di università, il nostro legame è stato puro e sincero, l'intesa è nata fin da subito:

in questi tre anni siamo cresciute, ci siamo arricchite a vicenda, supportandoci nei tanti momenti spiacevoli; lei è una ragazza speciale, dal cuore d'oro e sono molto fortunata ad averla nella mia vita. Ringrazio Federica la mia migliore amica, che mi supporta e mi

sopporta tutti i giorni, lei è la sorella che non ho mai avuto, sono grata di tutto il suo amore. Ringrazio Anna , che nonostante non ci vediamo spesso ci è sempre stata, non mi ha mai abbandonato, il suo supporto a prescindere da tutto, nel bene e nel male è stato veramente fondamentale. Ringrazio il mio relatore, per la sua immensa disponibilità nel guidarmi nella stesura dell'elaborato, passo dopo passo. Ed infine voglio dedicare questo grande traguardo a me stessa, a tutto quello che ho sacrificato per conseguire la mia laurea, non credevo davvero di poter arrivare fino a qui, in dirittura d'arrivo, stento ancora a crederci che questo percorso è giunto al termine: voglio augurarmi tutto il bene possibile, perché so di meritarlo, che sia l'inizio di una brillante carriera professionale, e che si possa realizzare tutto quello che ho sempre sognato.

Ad maiora!