

INFERMIERISTICA CLINICA APPLICATA ALLA PSICHIATRIA E PSICOLOGIA CLINICA

METODOLOGIA DELLA RELAZIONE ASSISTENZIALE

Unità Didattica di PSICOLOGIA CLINICA

Docente: *Stefano Tugnoli*

REAZIONE ALLA MALATTIA

IL PAZIENTE OSPEDALIZZATO

**LEZIONE 3
22/11/2016**

REAZIONI ALLA MALATTIA

CRISI

CORPOREITA'

Dolore

Paura

REAZIONI ALLA MALATTIA

CRISI

STATI EMOTIVI

- minaccia e paura
- frustrazione e ferita narcisistica
- ansia e depressione

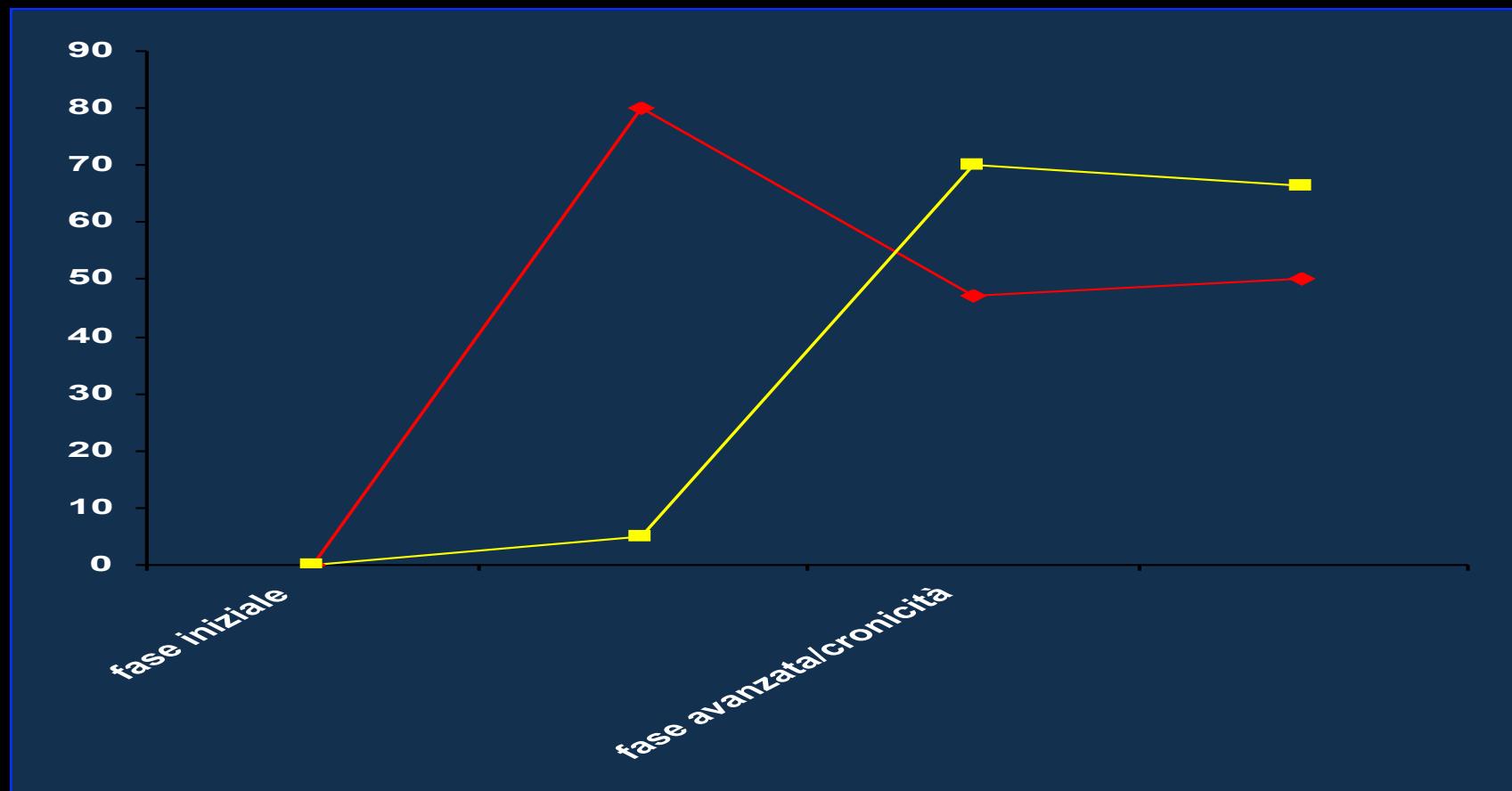
dipendenza

- ❑ Conseguenza della malattia
- ❑ Fattori che condizionano la prognosi

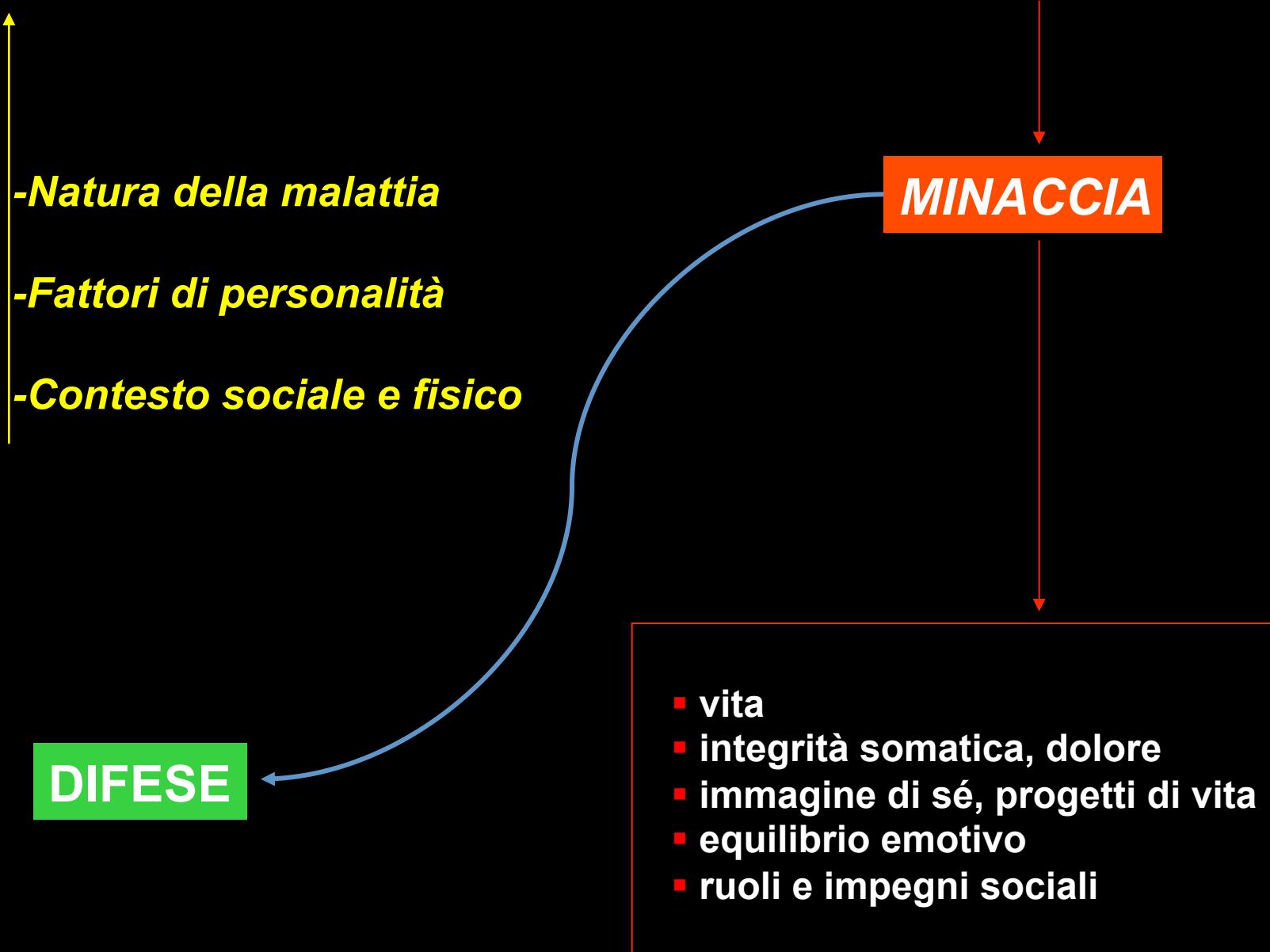
Meccanismi di difesa

ANSIA

DEPRESSIONE



STATI EMOTIVI CONSEGUENZA DELLA MALATTIA



STATI EMOTIVI COME FATTORI PROGNOSTICI

- ✓ tempi di guarigione
- ✓ entità della riduzione dei sintomi
- ✓ adattamento alla malattia e qualità di vita
- ✓ maggiore intensità del dolore post-operatorio
- ✓ durata di sopravvivenza



Es.: *-depressione e rischio di morte intraospedaliera post I.M.A.*
-aspettativa di vita a 5aa e 10aa dopo intervento per K Mammario

Depression present at cancer diagnosis is associated with increased mortality among patients with lung cancer.

(Sullivan D. et al., 2014; Pirl W.F. et al., 2008; Buccheri G., 1998; Stommel M. et al., 2002)

In a mixed group of patients with cancer who were assessed during survivorship, depression symptoms were associated with increased mortality.

(Mols F. et al., 2013)

Longitudinal Changes in Depression Symptoms and Survival Among Patients With Lung Cancer: A National Cohort Assessment

Donald R. Sullivan, Christopher W. Forsberg, Linda Ganzini, David H. Au, Michael K. Gould, Dawn Provenzale, and Christopher G. Slatore

1) Depression symptoms present at the time of cancer diagnosis were associated with increased mortality, with the predominant effect seen among patients with early-stage disease.

2) At follow-up, new-onset or persistent depression symptoms were associated with increased mortality.

→ DEPRESSION SYMPTOMS ARE ASSOCIATED WITH INCREASED MORTALITY

A B S T R A C T

Purpose

Depression symptoms are common among patients with lung cancer patients; however, longitudinal changes and their impact on survival are understudied.

Methods

This was a prospective, observational study from the Cancer Care Outcomes Research and Surveillance Consortium from five US geographically defined regions from September 2003 through December 2005. Patients enrolled within 3 months of their lung cancer diagnosis were eligible. The eight-item Center for Epidemiologic Studies Depression scale was administered at diagnosis and 12 months' follow-up. The main outcome was survival, which was evaluated using Kaplan-Meyer curves and adjusted Cox proportional hazards modeling.

Results

Among 1,790 participants, 681 (38%) had depression symptoms at baseline and an additional 105 (14%) developed new-onset depression symptoms during treatment. At baseline, depression symptoms were associated with increased mortality (hazard ratio [HR], 1.17; 95% CI, 1.03 to 1.32; $P = .01$). Participants were classified into the following four groups based on longitudinal changes in depression symptoms from baseline to follow-up: never depression symptoms ($n = 640$), new-onset depression symptoms ($n = 105$), depression symptom remission ($n = 156$), and persistent depression symptoms ($n = 254$) and HRs were calculated. Using the never-depression symptoms group as a reference group, HRs were as follows: new-onset depression symptoms, 1.50 (95% CI, 1.12 to 2.01; $P = .006$); depression symptom remission, 1.02 (95% CI, 0.79 to 1.31; $P = .89$), and persistent depression symptoms, 1.42 (95% CI, 1.15 to 1.75; $P = .001$). At baseline, depression symptoms were associated with increased mortality among participants with early-stage disease (stages I and II; HR, 1.61; 95% CI, 1.26 to 2.04), but not late-stage disease (stages III and IV; HR, 1.05; 95% CI, 0.91 to 1.22). At follow-up, depression symptoms were associated with increased mortality among participants with early-stage disease (HR, 1.71; 95% CI, 1.27 to 2.31) and those with late-stage disease (HR, 1.32; 95% CI, 1.04 to 1.69).

Conclusion

Among patients with lung cancer, longitudinal changes in depression symptoms are associated with differences in mortality, particularly among patients with early-stage disease. Symptom remission is associated with a similar mortality rate as never having had depression.

ASPETTI PSICOLOGICI DEL RICOVERO OSPEDALIERO



AMBIENTE FISICO

AMBIENTE SOCIALE



Processo di Adattamento

IL PAZIENTE

- minaccia
- frustrazione
- ansia**
- depressione**
- aggressività
- regressione
- isolamento

- Personalità del Pz.
- Atteggiamento del personale curante
- Stato clinico del Pz.

- intervento tecnico
- relazione
- attenzione ai bisogni del pz
- informazione
- tempo

LA FAMIGLIA DEL PAZIENTE

BISOGNI DEL PAZIENTE INTERNISTICO

- **di informazione**
- **di trattamento**
- **di supporto psicologico**

PREOCCUPAZIONI DEL PAZIENTE

- **condizione fisica**
- **rapidità ed efficacia dell' assistenza infermieristica**
- **responsabilità e attitudine al prendersi cura**
- **preparazione dei cibi**
- **qualità dell' ambiente**

(Yen, 2002)

**MODELLI
DI
RAPPORTO CURANTE-PAZIENTE**

MODELLI DI RAPPORTO CURANTE-PAZIENTE

- 1) Natura della malattia**
- 2) Atteggiamento del Medico/Infermiere**
- 3) Comportamento del Malato**

RAPPORTO BASATO SULLA NATURA DELLA MALATTIA

[Hollender, 1958]

Attività-Passività

→ *madre-lattante*

Guida-Collaborazione

→ *genitore-bambino/adolescente*

Partecipazione reciproca

→ *adulto-adulto*

RAPPORTO BASATO SULL' ATTEGGIAMENTO DEL CURANTE

[Schneider, 1972]

REFICAZIONE

- *Relazione Scientifica*
- *Relazione di Servizio*
- *Relazione Interpersonale Soggettiva*

PERSONALIZZAZIONE DELLA TERAPIA

PERSONALIZZAZIONE

RAPPORTO BASATO SUL COMPORTAMENTO DEL Pz.

- **Paziente “Buono”/”Facile”**
- **Paziente Partecipe**
- **Paziente “Cattivo”/”Difficile”**

- ❖ “**voglio sapere quanto basta per collaborare attivamente alla cura; ho bisogno e ho fiducia nel tuo intervento**”
- ❖ “**sono un bravo bambino**”
- ❖ “**ti prego! rassicurami!**”
- ❖ “**dimostrami il tuo amore**”
- ❖ “**non ho bisogno di te**”
- ❖ “**non voglio sapere niente**”
- ❖ “**non voglio collaborare**”
- ❖ “**il tuo intervento mi danneggia**”

IL PAZIENTE “DIFFICILE”

- **Pz. ipocondriaco**
- **Pz. cronico**
- **Pz. che non migliora**
- **Pz. ipercritico**
- **Pz. oppositivo**
- **Pz. che regredisce troppo**
- **Pz. psichiatrico**
- **Pz. anziano**
- **Pz. in follow-up neoplastico**
- **Pz. terminale**



La stanza del figlio
(Nanni Moretti)

(Tugnoli, 2016)

IL PAZIENTE DIFFICILE

IL MEDICO DIFFICILE

IL FAMILIARE DIFFICILE

L' INFERMIERE DIFFICILE

RELAZIONI DIFFICILI

Burn-Out

CONTESTI PARTICOLARI

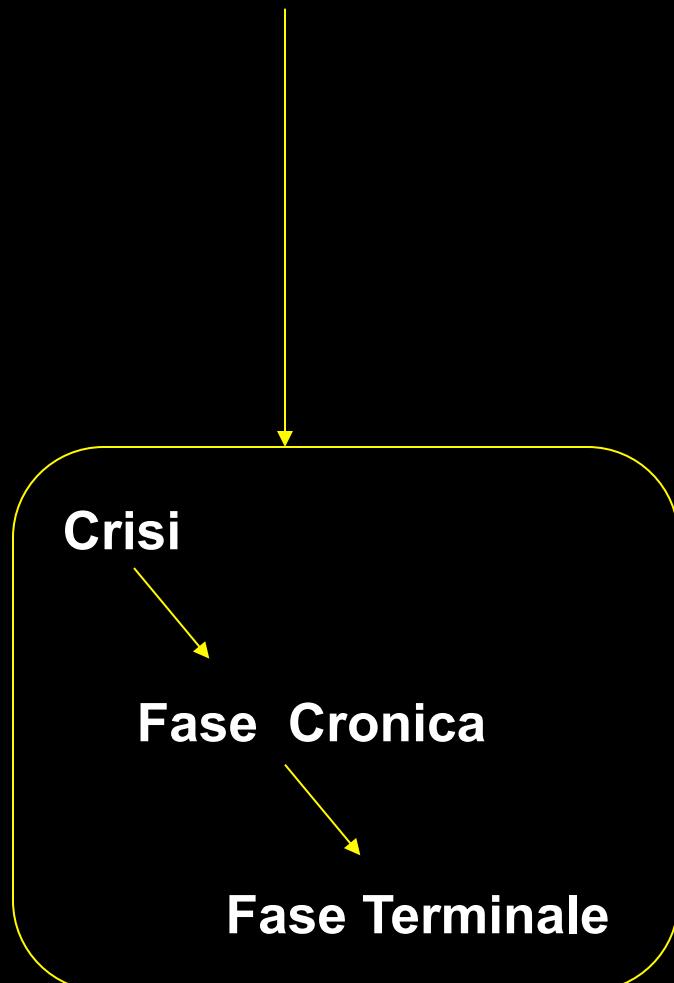
Over 65 → 80% *con patologia cronica*
50% *con deficit cognitivo e funzionale*

PERDITA PROGRESSIVA

- salute
- integrità fisica
- autonomia
- lavoro e ruoli sociali
- autostima

MODIFICA STILI DI VITA

RISCHIO “IATROGENO”

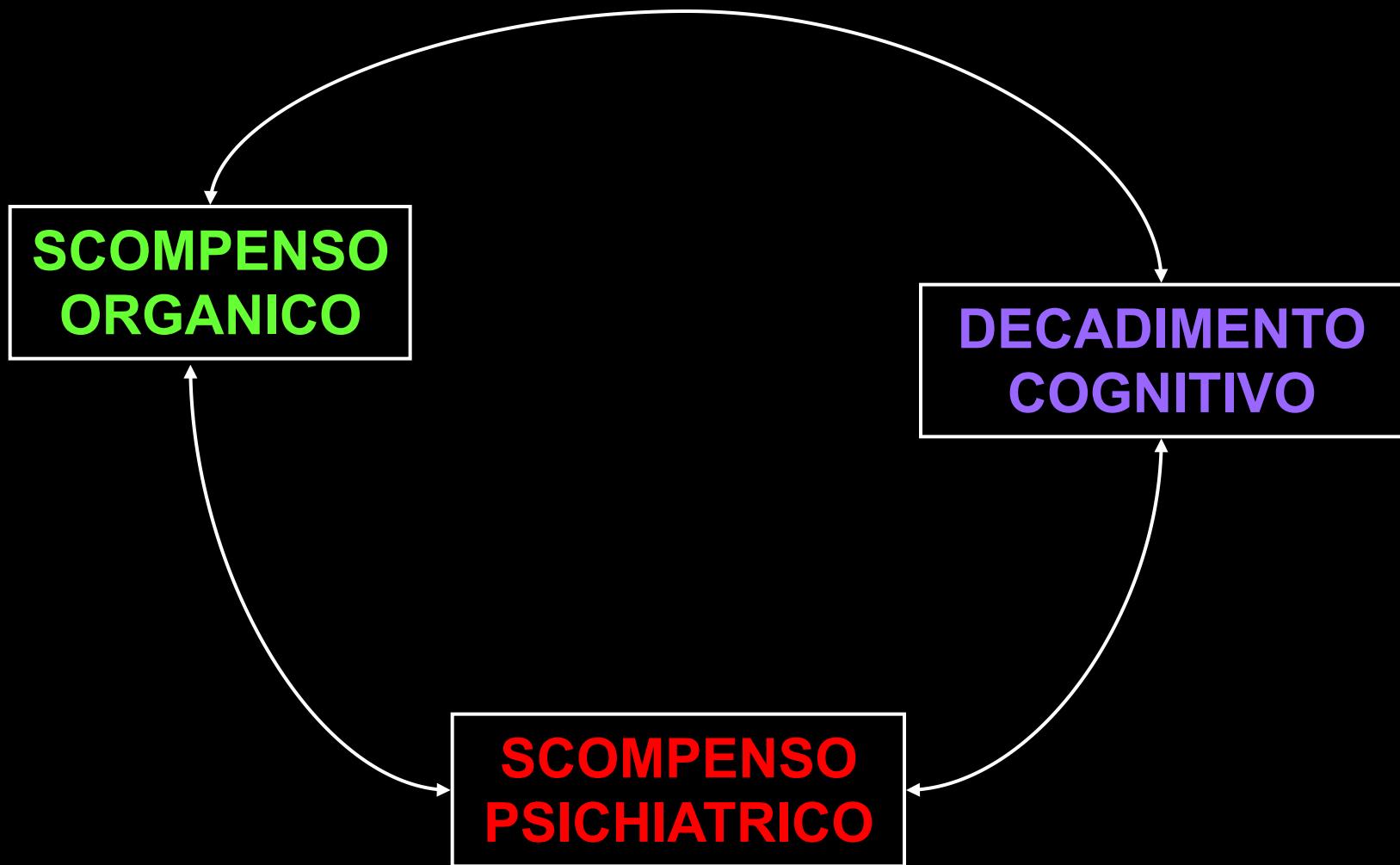


EDUCAZIONE TERAPEUTICA



SISTEMA FAMILIARE

IL PAZIENTE GERIATRICO



IL PAZIENTE GERIATRICO

DEPRESSIONE

autosvalutazione
peggioramento prestazionale

DETERIORAMENTO

isolamento
perdita interessi
inattività

ridotti stimoli

disadattamento

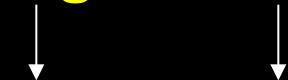
IL PAZIENTE CHIRURGICO

Paure/Ansie →

- anestesia
- perdita di controllo del corpo
- possibili conseguenze negative
- dolore post-operatorio
- morte

Trauma Chirurgico → stress

Alleanza Chirurgo-Paziente



attivo - passivo

IL PAZIENTE CHIRURGICO

Ansia preoperatoria

Fattori di rischio

- disturbi psichici minori
- percezione negativa del futuro
- depressione
- ansia di stato e ansia di tratto
- dolore
- tipologia dell' intervento
- fumo

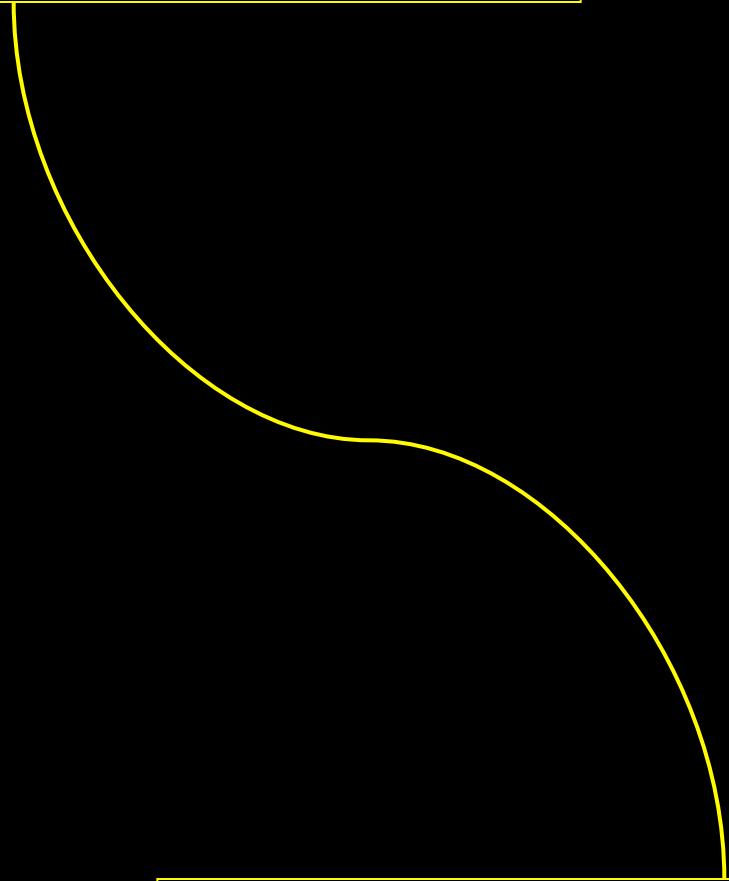
Decorso postoperatorio

DOLORE

TRAPIANTI DI ORGANO - PERDITA DI ORGANI

- effetti collaterali farmaci immunosoppressori
- rischi di rigetto
- fantasie e significato simbolico dell' organo
- investimento libidico relativo all' organo o parte del corpo
- lutto anticipatorio → *perdita di parte di sé*
- modifica immagine corporea → *nuovo spazio psichico*
- rapporto con il donatore *fenomeno “rinascita”*
- senso di colpa del ricevente

CHIRURGIA RICOSTRUTTIVA

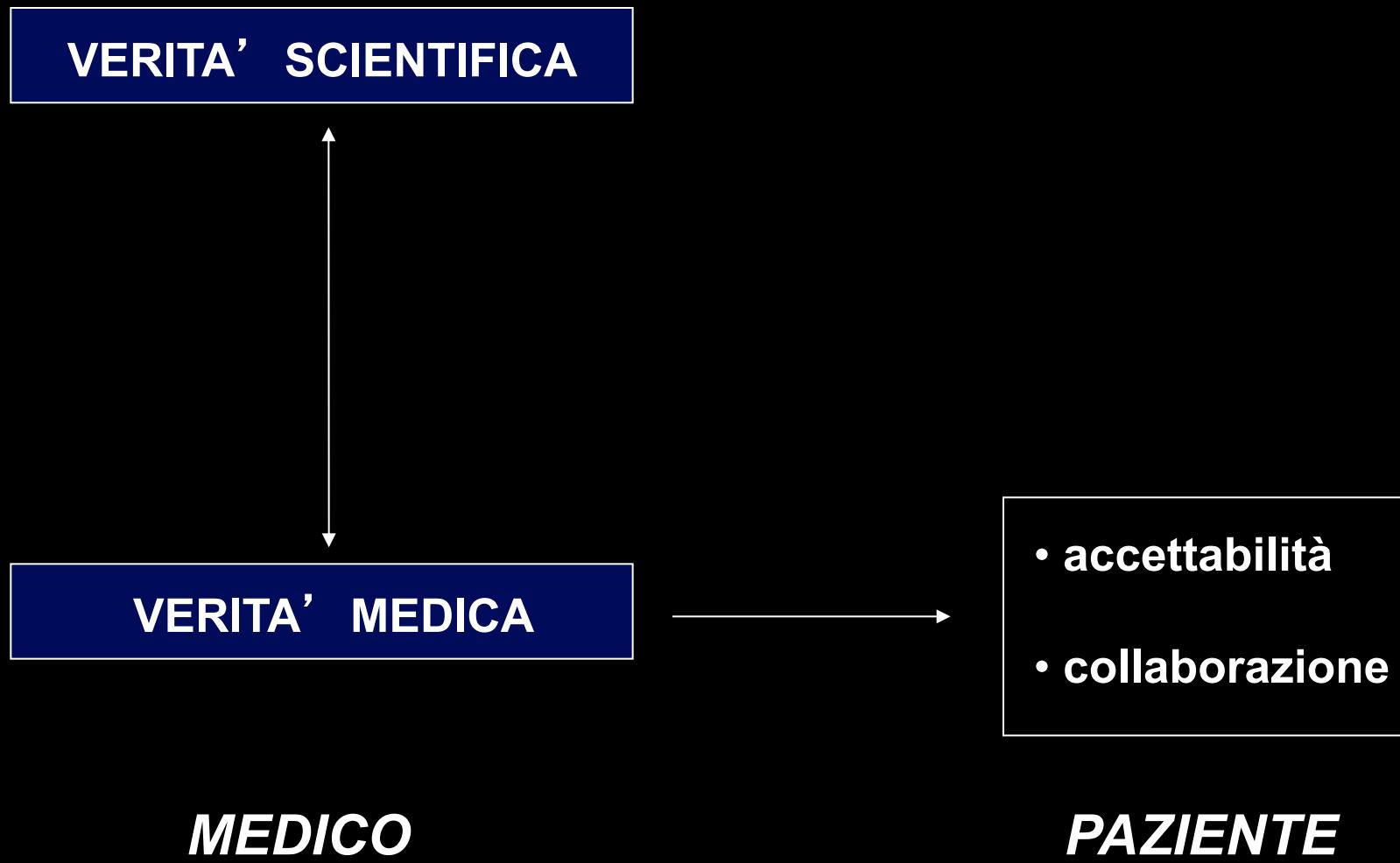


CHIRURGIA ESTETICA

MALATTIA A PROGNOSI INFAUSTA

- ✓ **comunicazione della diagnosi**
- ✓ **reazione psicologica del pz alla diagnosi**
- ✓ **meccanismi di difesa del pz**
- ✓ **la famiglia del pz**
- ✓ **la relazione d' aiuto con il pz**

COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI



REAZIONE PSICOLOGICA DEL PZ ALLA DIAGNOSI

(Kubler-Ross, 1970)

1. **Rifiuto-Negazione**
2. **Collera**
3. **Patteggiamento-Contrattazione**
4. **Depressione**
5. **Accettazione**

LA FAMIGLIA DEL PZ

Reazioni dei familiari alla diagnosi

- **Protezione**
- **Rabbia**
- **Lutto Anticipatorio**
- **Colpa**
- **Paura**
- **Protesta**
- **Disperazione**
- **Distacco**
- **Iperattivismo**
- **Congiura del silenzio**
- **Impatto su relazioni e vita di coppia**