

CONTRIBUTI

L'assistenza infermieristica all'adolescente ospedalizzato con disagio psichico in fase acuta

di **Cristiana Lanfranchi (1)**, **Giancarlo Galbiati (2)**, **Nicola Perico (3)**, **Angela Gloria Vescovi (4)**

(1) Infermiere, Blocco operatorio generale 2, Cliniche Gavazzeni S.p.A. Bergamo

(2) Coordinatore Infermieristico, U.O. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura A, ASST Bergamo Est

(3) Coordinatore Infermieristico, U.O. Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura B, ASST Bergamo Est

(4) Tutor, Corso di laurea in infermieristica, Centro Formazione Universitaria, sezione ASST Papa Giovanni XXIII, Bergamo, Università degli Studi di Milano Bicocca

Corrispondenza: gvescovi@asst-pg23.it

Adolescenti e disagio psichico in fase acuta

La World Health Organization (WHO) stima che entro il 2020 il 20% dei giovani avrà bisogno di un supporto psicologico o psichiatrico a causa dell'aumento dell'insorgenza di disturbi mentali nella popolazione minorile e il 50% dei disturbi dell'età adulta si manifestano prima dei 14 anni di età (World Health Organization, 2013).

In Italia, negli ultimi anni, si è assistito ad una crescita esponenziale di soggetti adolescenti con disturbo mentale presi in carico nei Dipartimenti di Emergenza e Accettazione (DEA) durante la fase acuta di malattia e che necessitano di un ricovero ospedaliero (Giles e Martini, 2016; Bassani, 2017; Conti, 2017). Inoltre, nel 2014 ci sono stati 9.924 ricoveri di adolescenti nella fascia 14-18 e il 27% di questi è avvenuto nei reparti di psichiatria per adulti (Bassani, 2017).

Aggressività, comportamenti dirompenti e ingestibili, psicosi acute, ideazione suicidaria e tentativo di suicidio, ansia acuta generalizzata, attacchi di panico, disturbo post-traumatico da stress, disturbi della condotta alimentare, abuso e maltrattamento, disturbi indotti da sostanze, disturbi comportamentali acuti e gravi nel ritardo mentale e nelle disabilità, disturbi del controllo degli impulsi, isolamento, rituali e fobie complesse sono le principali situazioni che determinano l'emergenza (Bassani, 2017).

Le condotte aggressive maggiori sono i motivi più frequenti di invio ai servizi sanitari nel bambino e nell'adolescente (Sukhodolsky et al., 2005, Dean et al., 2007).

Non di meno, il suicidio è la prima causa di morte nei soggetti con patologia psichiatrica.

In tutte le sue manifestazioni, l'emergenza psichiatrica nell'età evolutiva e nell'adolescenza va affrontata non solo in termini di tempestività e organizzazione dei servizi ma anche di metodo, a partire dall'oggetto della cura (Bassani, 2017). Questa particolare tipologia di persone di cui ci si prende cura, contesi tra l'ambito pediatrico e quello adulto, sono spesso gestiti con difficoltà dai reparti psichiatrici generali a causa delle diverse esigenze di questa categoria rispetto all'adulto, delle specifiche competenze necessarie al personale e delle difficoltà nel garantirne la sicurezza (Worrall et al., 2004, Park et al., 2011).

Obiettivo di questa revisione narrativa della letteratura, è la definizione delle principali peculiarità dell'assistenza infermieristica nell'adolescente ospedalizzato con disturbo mentale in fase acuta, dalle quali fare emergere strategie e interventi adeguati a questa fascia di età.

Cosa dice la letteratura? Il percorso di ricerca

La ricerca della letteratura è stata effettuata nel maggio 2017, attraverso l'interrogazione delle banche dati: PubMed, Cinahl e Cochrane, con le seguenti parole chiave: *Adolescent, Psychiatric, Emergency, Hospitalisation, Management, Adolescent psychiatry, Nursing, Patient admission, Emergency treatment, Emergency services, Psychiatric nursing*. Non sono stati impostati né limiti temporali né di lingua. È stato impostato il limite di età dei pazienti dai 13 ai 18 anni.

La selezione degli articoli è avvenuta tramite la lettura del titolo e dell'abstract e successivamente attraverso la lettura dell'intero articolo, ove ritenuto pertinente. I criteri di inclusione ed esclusione sono riportati nella Tabella 1.

Tabella 1 - Criteri di ricerca

Criteri di inclusione	Criteri di esclusione
Articoli di tutte le lingue	-
Età comprese fra 13-18 anni	Età inferiori a 13 e superiore a 18 anni
Articoli che trattano il tema del disturbo mentale in fase acuta	Articoli che non trattano il tema del disturbo mentale in fase acuta
Articoli che trattano l'assistenza infermieristica	Articoli che non trattano l'assistenza infermieristica
Articoli con full text	Articoli senza full text

Articoli di qualsiasi periodo temporale	-
-	Articoli che trattano disturbi mentali specifici
-	Articoli che trattano l'assistenza all'adolescente all'interno dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione (DEA)

Adolescenti e disagio psichico, come assisterli al meglio

Sono stati selezionati 19 studi di natura qualitativa. I contesti assistenziali descritti in questi studi sono vari: la maggior parte dei lavori sono stati svolti in unità operative di psichiatria infantile e adolescenziale (Dean et al., 2010; Hallman et al., 2014; King C. et al., 1995; Inoue et al., 2012; Bobier et al., 2009; Praglowksi, 2015) e in unità operative residenziali di psichiatria infantile e adolescenziale (Yonge, 2008; Geanellos R., 2002). Uno studio solamente è stato condotto in un'unità di psichiatria per adulti (Phillips, 2012), e un altro in un dipartimento di emergenza (Kennedy; 2009).

Nei restanti articoli selezionati, (Delaney K.R. & Hardy L., 2008; Delaney K.R., 2014; Weiss et al., 2009; Drew et al., 2009; Davies et al., 2007; Delaney K.R., 2006; Parsons C., 2016; Kaye et al., 2009; Rasmussen et al., 2012) non emergono specifiche sul servizio o struttura di riferimento ove sia avvenuto lo studio.

Per quanto riguarda, invece la provenienza dei lavori: nove studi sono statunitensi (Delaney K.R., 2006; Delaney K.R. e Hardy L., 2008; Delaney K.R., 2014; Drew et al., 2009; Hallman et al., 2014; Kaye et al., 2009; Parsons C., 2016; Praglowksi N., 2015; Weiss et al., 2009), uno neozelandese (Bobier et al., 2009), uno britannico (Davies et al., (2007), quattro australiani (Dean et al., 2010; Geanellos R., 2002; Phillips, 2012; Rasmussen et al., 2012), uno giapponese (Inoue et al., 2012) e due canadesi (Kennedy, 2009; Yonge, 2008). L'analisi dei 19 studi selezionati (Tabella 2), ha messo in luce alcune importanti aree di interesse per quanto riguarda l'assistenza ai pazienti adolescenti affetti da disagio psichico in fase acuta.

Tabella 2 - Caratteristiche degli studi inclusi nella revisione

Documento selezionato	Stato ^a	Tipologia di struttura	Prospettiva ^b	Metodo (i) ^c	Partecipanti ^b (tipologia e n.)	Obiettivo
Bobier et al. (2009)	NZ	Unità operativa di psichiatria adolescenziale	P	QU (scala di valutazione)	P; n=46	Esaminare gli interventi infermieristici e altri interventi multidisciplinari in relazione al miglioramento dei risultati ottenuti su adolescenti, ricoverati in un'unità operativa di psichiatria adolescenziale neozelandese.
Davies et al. (2007)	GB	Non descritta	I	QU		Esaminare il ruolo dell'infermiere nell'interazione con i giovani con problemi e disturbi di salute mentale. Essa esamina ampiamente i giovani, il loro sviluppo, la salute mentale e il benessere, e esplora come gli infermieri possono utilizzare la comunicazione verbale e non verbale.
Dean et al. (2010)	AUS	Unità operative infantili e adolescenziali	M	QU (questionario)	M; n=33	Esaminare l'esposizione all'aggressione e le percezioni del personale riguardo l'impatto

Delaney K.R. (2006)	USA	Non emerge nel testo	I	QU		<p>dell'aggressività in unità operative infantili e adolescenziali.</p> <p>Fornire una panoramica delle principali guide di valutazione contenenti indicazioni riguardo a come i bambini e gli adolescenti pensano, controllano il proprio comportamento e affrontano i loro sentimenti.</p> <p>Stabilire le ragioni per il contenuto e l'organizzazione di guide di valutazione infermieristica del comportamento adolescenziale e dare suggerimenti per la loro diffusione al personale dell'unità.</p>
Delaney K.R. e Hardy L. (2008)	USA	Non emerge nel testo	I	QU		<p>Discutere come le dimensioni legate al mantenimento della sicurezza si applichino nel mondo reale per mantenere i giovani e l'unità operativa sicuri.</p> <p>Discutere le sfide che gli infermieri affrontano in ciascuna di queste dimensioni.</p>
Delaney K.R. (2014)	USA	Non emerge nel testo	I	QU		<p>Spiegare la necessità di costruire un elenco delle competenze dell'infermiere di psichiatria infantile e adolescenziale.</p>
Drew et al. (2009)	USA	Non emerge nel testo	I	QU (utilizzo dei dati acquisiti dall'indagine dell'APNA e dell'ISPN)	I; n=1731	<p>Esaminare la pratica di due gruppi di APRNs specializzati in salute mentale: quelli certificati per il trattamento di bambini (APNP) e adolescenti e quelli certificati solo per trattare gli adulti (APCNS).</p>
Geanellos R. (2002)	AUS	Unità operativa residenziale di salute mentale adolescenziale	I, P	QU (intervista; questionario)	I; n=7 P; n=7	<p>Esaminare la relazione tra infermiere e assistito ed esplorare il modo</p>

						in cui gli infermieri creano rapporti trasformativi con i clienti e quindi esplorare le caratteristiche distintive di queste relazioni.
Hallman et al. (2014)	USA	Unità operativa di psichiatria infantile e adolescenziale	I	QU (quattro sessioni di formazione da 45 minuti ciascuna; scale di valutazione)	I; n=36	Ridurre i livelli di stress del personale e migliorare la sicurezza dei pazienti e del personale.
Inoue et al. (2012)	J	Unità giapponese di salute mentale adolescenziale	I	QU (tecnica del gruppo nominale; teoria didattica di apprendimento negli adulti di Knowles)	I; n=28	Esaminare le esigenze educative continue degli infermieri in un'unità giapponese di salute mentale adolescenziale.
Kaye et al. (2009)	USA	Servizi di salute mentale	A	QU (intervista telefonica)	A; n=76	Costruire un sondaggio per identificare lo stato attuale e la necessità dei neuropsichiatri infantili e adolescenziali e dei servizi di salute mentale, nonché strategie e raccomandazioni per affrontare le esigenze individuate nello stato di New York.
Kennedy (2009)	CDN	Dipartimento di emergenza	P	QU (scale di valutazione)	P; n= bambini e adolescenti da 8 a 17 anni presentatisi ad un dipartimento di emergenza negli anni 2005-2006	Determinare le caratteristiche demografiche e cliniche dei bambini e dei giovani che si presentano al dipartimento di emergenza per problematiche di salute mentale.
King C. et al. (1995)	USA	Unità di psichiatria adolescenziale per acuti	P	QU (scale di valutazione)	P; n=57 assistiti	Indagare se l'esposizione ad altri adolescenti con comportamenti suicidari abbia portato al contagio di tali comportamenti tra i pazienti ricoverati. Esaminare se alcuni adolescenti esprimono più pensieri suicidari durante l'ospedalizzazione, rispetto al periodo precedente al ricovero.

Parsons C. (2016)	USA	<i>Non emerge nel testo</i>	I	QU		Descrivere il modello di intervento a sette stadi di Robert, il quale fornisce un approccio <i>evidence based</i> dell'intervento sulla crisi e un quadro utile da cui valutare il progresso delle persone coinvolte.
Phillips (2012)	AUS	Unità operativa di psichiatria	P	QU (revisione retrospettiva dei registri dei pazienti)	P; n=193	Esaminare la validità predittiva della valutazione dei rischi clinici non strutturati e dei fattori di rischio associati all'aggressività e fattori predittivi nelle prime 4 settimane di ricovero.
Praglowksi N (2015)	USA	Unità di psichiatria infantile e adolescenziale presso il <i>Johns Hopkins Hospital di Baltimora.</i>	P	QU (pasto in stile familiare; proposta di un menù più sano agli assistiti; cambiamento della quantità di cibo offerto; gruppo di istruzione nutrizionale per gli assistiti ricoverati)	P; n=629	Introdurre un progetto <i>Quality Improvement</i> , con l'obiettivo di sostenere il mantenimento del peso nei bambini e negli adolescenti. Cercare di capire come offrire scelte alimentari sane ai pazienti e quale educazione deve essere fatta sia al personale che ai pazienti per mantenere stabile il cambiamento di peso del paziente durante il ricovero
Rasmussen et al. (2012)	AUS	Unità ospedaliera in Australia.	M	QU (analisi di documenti interni, creazione di gruppi e interviste semi-strutturate)	M; n=19	Descrivere i parametri teorici e operativi dell'infermieristica di salute mentale infantile e adolescenziale.
Weiss et al. (2009)	USA	<i>Non emerge nel testo</i>	I	QU (utilizzo dei dati acquisiti dall'indagine dell'APNA e dell'ISPN)	I; n=404	Confrontare le caratteristiche della pratica degli infermieri certificati come CACNS di psichiatria con quelli certificati come FPNP, concentrandosi solamente sui dati degli infermieri effettivamente certificati per fornire assistenza sanitaria ai bambini (cioè CACNS e FPNP).
Yonge (2008)	CDN	Unità di psichiatria	P, M, A	QU (osservazione)	P; n=13	Documentare i risultati relativi al

	adolescenziiale residenziale		partecipativa e non partecipativa del comportamento; interviste semistrutturate; questionari e raccolta di documenti ufficiali e personali, scritti e audiovisivi dell'ambiente sanitario)	M; n=14 A; n=7	passaggio di consegna. Lo studio mira a descrivere le attività quotidiane del personale, dei pazienti e delle famiglie, evidenziare ciò che è stato presunto o dato per scontato sul passaggio di consegna, esplorare il linguaggio, le percezioni, i pensieri e le convinzioni degli operatori in relazione al passaggio di consegna, mantenere un approccio olistico e osservare costantemente l'equilibrio tra processo e risultato.
--	------------------------------	--	--	-------------------	---

- a. NZ, Nuova Zelanda; GB, Gran Bretagna; AUS, Australia; USA, Stati Uniti; J, Giappone; CDN, Canada.
 b. A, altro; I, infermieri; M, équipe multidisciplinare; P, persone assistite.
 c. QU, metodo qualitativo.
 CACNS: Child and Adolescent Psychiatric Clinical Nurse Specialist.
 FPNP: Family Psychiatric Nurse Practitioner.

La sicurezza all'interno dell'unità operativa

Le convinzioni del personale rispetto le cause della malattia o al significato che si adduce ad alcuni comportamenti, può influenzare notevolmente il mantenimento della sicurezza all'interno dell'unità operativa stessa. Gli operatori possono considerare molti disturbi degli adolescenti come intenzionali, dettati dalle modalità relazionali di tale fascia d'età e non causati dalla patologia, rispondendovi quindi con limitata empatia o con comportamenti basati sull'ostentazione della forza.

Inoltre il ritmo organizzativo dei ricoveri e delle dimissioni, non organizzato, programmato e gestito dagli infermieri, può risultare un ostacolo al mantenimento della sicurezza impedendo un controllo sulle acuzie dell'unità operativa (Johnson e Delaney, 2006).

Le differenti *expertise* degli infermieri svolgono un ruolo fondamentale e il poter organizzare personale con competenze differenziate, basate sulla capacità di instaurare rapidamente relazioni efficaci con gli adolescenti, permette di fornire un senso di stabilità e di sicurezza.

Il personale che entra in sintonia con le paure e le interazioni degli adolescenti ha un'opportunità maggiore di intervenire precocemente su un comportamento disturbato o minaccioso e rispondervi così in modo meno coercitivo (Hallman et al., 2014).

Un altro fattore determinante la sicurezza nell'unità operativa risulta essere lo spazio. Gli adolescenti hanno bisogno di più spazio per muoversi rispetto all'adulto, nonostante richiedano comunque la necessità di sorveglianza e, in caso di sopraffazione, irrequietezza o conflitto, di un rapido intervento che possa separare gli uni dagli altri. Alcuni adolescenti possono anche aver bisogno di spazio personale per calmarsi e attenuare emozioni forti, tuttavia non sempre gradiscono essere isolati nelle loro stanze. La sfida è quella di assicurare una sufficiente disponibilità di personale per garantire un controllo degli spazi e delle attività, soddisfacendo le diverse esigenze individuali.

La sicurezza può essere influenzata anche dalla dimensione temporale e dalla strutturazione della giornata di degenza, evitando che l'adolescente si annoi e aumenti il proprio grado di tensione emotiva. Tuttavia, alcuni pazienti potrebbero non essere in grado di accettare un codice normativo, una pianificazione proattiva della giornata o il peso di aspettative, presentando disturbi del comportamento che vanno gestiti con uno stretto affiancamento che possa segnalare tempestivamente un atteggiamento che stia diventando disturbato o disturbante (Delaney, 2008).

Nonostante l'attenzione al mantenimento della sicurezza, gli episodi aggressivi negli adolescenti sono un aspetto comune e piuttosto critico, ma sono poche le ricerche che hanno esaminato l'esposizione all'aggressività e l'impatto che questa può avere sul personale di assistenza. Inoltre i risultati provenienti dai servizi di salute mentale per adulti non possono essere immediatamente tradotti in contesti infantili e adolescenziali (Dean et al., 2010).

Il personale che è stato esposto ad episodi di aggressione sembra maggiormente predisposto alla possibilità di dimettersi e cambiare lavoro, innescando un pericoloso circolo vizioso di sostituzione del personale esperto con personale neoassunto o temporaneo che può rivelarsi meno qualificato per rispondere efficacemente all'aggressione dell'adolescente (Dean et al., 2010). La sola percezione del rischio di aggressione è un forte fattore predittivo dell'intenzione di lasciare il lavoro (Ito et al., 2001) e l'essere stato esposto ad un'aggressione può portare a conseguenze negative, come l'evitare la persona o avere la percezione che la relazione terapeutica sia compromessa (McKenna et al., 2003; Needham et al., 2005). Al contrario, il personale dovrebbe mantenere una posizione fiduciosa e calma, controllando la propria rabbia e frustrazione (Delaney, 2006^a; Hamrin et al., 2009; Hallman et al., 2014).

In risposta ad un episodio aggressivo, i modelli contemporanei di cura enfatizzano l'importanza dell'empatia, della positività verso il paziente, del rispetto e dell'empowerment (Huckshorn, 2007; McAllister, Moyle, 2008). Per ridurre lo stress nel personale esposto ad aggressività, risultano efficaci brevi programmi di formazione atti ad aumentare la consapevolezza del rischio e ridurre di conseguenza l'assenteismo. Per esempio, Hallman et al. (2014) descrivono il programma *Midfulness-Based Stress Reduction* che ha ottenuto una diminuzione del numero di contenzioni, isolamenti e il numero di osservazioni operatore-paziente 1:1. La prevenzione è risultata l'approccio migliore per aiutare gli adolescenti a sviluppare abilità che permettano di gestire tali episodi e ridurre la loro frequenza.

Gli strumenti di valutazione

In ambito di psichiatria infantile e dell'adolescenza non è ancora stata definita una *best-practice* riguardante gli strumenti di valutazione (Kennedy et al., 2009) e sono molteplici gli strumenti che valutano il rischio di suicidio, il grado di depressione e quello di ansia (Tabella 3). In particolare, rispetto al rischio di aggressione etero diretta, la valutazione eseguita dai clinici in modo non strutturato risulta comunque ancora rilevante e più predittiva rispetto ad altre variabili come la precedente storia di aggressività, il sesso, la storia di autolesionismo e la diagnosi (Phillips et al., 2012). Al contrario, per il rischio di autolesionismo si è dimostrata più predittiva la storia di uno o più atti di autolesionismo o di tentato suicidio (Phillips et al., 2012) insieme al genere femminile (Phillips et al., 2012, Fryer et al., 2004, Becker e Grilo 2007).

Tabella 3 - Principali scale di valutazione del rischio

Acronimo	Nome scala	Autore principale	Oggetto di valutazione	Fascia di età
CDI	Children's depression inventory	Kovacs (1992)	Autovalutazione dei sintomi depressivi	7-17 anni
MASC-10	Multidimensional Anxiety Scale for Children: 10 items	March JS (1997)	Autovalutazione del grado di ansia	8-19 anni
CASS:S	Conners-wells' Adolescent Self-report Scale-Short Form	Conners C (1997)	Auto-segnalazione di comportamenti problematici	12-17 anni
CAPI	Childhood acuity of psychiatric illness	Lyons JS (1998)	Misurazione sintomi acuti e comportamenti a rischio	5-18 anni
SSB	Spectrum of Suicidal Behavior scale	King et al. (1995)	Severità di pensieri e comportamenti suicidari	12-17 anni
SIQ-Jr	Suicidal Ideation Questionnaire-Junior High School Version	Reynolds (1987)	Severità di pensieri e comportamenti suicidari	15-24 anni
SAFE-T	Suicide Assessment Five-Step Evaluation and Triage for mental health professional	Jacobs Douglas (2007)	Attribuire un livello di rischio e di probabilità di un tentativo di suicidio	12-17 anni
CDRS-R	Children's Depression Rating Scale-Revised	Poznanski, E.O (1985)	Depressione	6-12 anni
SAICA	Social Adjustment Inventory for Children and Adolescents	John, K (1987)	Percezione dei genitori riguardo all'adeguamento dell'assistito in ambiti come scuola, famiglia, rapporti fra coetanei e aree di svago	Età scolare

La formazione del personale infermieristico

La formazione necessaria all'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza non appare completamente chiara; il contributo che questo professionista può apportare rimane tutt'oggi indefinito, seppur implicitamente accettato (McDougall 2006, Rasmussen et al., 2012). È forte l'esigenza di sviluppare un elenco specifico di competenze, per incrementare le attività che potrebbe svolgere come per esempio: il fornire servizi di promozione della salute mentale, l'educazione su come gestire i problemi di salute mentale, la psicoterapia, la relazione con l'intera famiglia del paziente e il case management (Delaney, 2014).

Per i contesti internazionali dove esiste la figura dell'infermiere di pratica avanzata (*Advanced Practice Nurse*), esistono anche la diagnostica dei disordini psichici e la prescrizione e gestione dei farmaci.

Negli Stati Uniti, la preparazione alla pratica avanzata degli infermieri di salute mentale infantile e dell'adolescenza risale agli anni cinquanta. Quando nel 1980 è stata istituita la figura del *Nurse Practitioner*, si è aggiunta anche la possibilità di prescrizione farmacologica. Attualmente restano separate le due certificazioni di *Child and Adolescent Psychiatric Clinical Nurse Specialist* e *Family Psychiatric Nurse Practitioner*, ma non è ancora chiaro se una loro fusione in futuro non possa portare beneficio alla cura di questi soggetti (Weiss et al., 2009).

L'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Task Force on Workforce Needs (2003) e l'United States department of Health and Human Service (1999) documentano negli Stati Uniti l'insufficiente offerta di professionisti della salute mentale addestrati a curare bambini e adolescenti.

Quando i neuropsichiatri infantili non sono disponibili i *Nurse Practitioner* sono attualmente tra le prime quattro categorie professionali che prescrivono e monitorano i farmaci psicotropi e il loro impiego sono la miglior strategia per migliorare l'accesso alle cure (Kaye et al., 2009).

Il passaggio di consegna

Pochi i dati recuperati in merito al tema. Il passaggio di consegna è un momento che oltre al trasferimento di informazioni, organizza la conoscenza in base a riferimenti comuni, promuove e convalida i ruoli attraverso il linguaggio, offre un momento di condivisione di esperienze, pensieri ed emozioni, insorti durante l'attività lavorativa e costituisce un momento d'incontro per l'espressione di valori insiti nella cultura dell'unità operativa (Yonge, 2008). Il luogo di svolgimento della consegna permette al personale di costruire uno spazio intellettuale ed emotivo privilegiato in cui riunirsi e consolidare la propria conoscenza. In questo spazio, risulta importante esprimere e confrontare sentimenti come l'ansia, la frustrazione e la colpa, così come è importante la funzione del gruppo nel confermare, giustificare e neutralizzare tali sentimenti (Philpin, 2006). Sebbene i risultati positivi sul professionista siano evidenti, i benefici di questo momento di condivisione sugli adolescenti ricoverati non emergono altrettanto chiaramente.

La relazione con l'adolescente

La relazione è una peculiarità insita in tutte le specialità infermieristiche. Gli infermieri di salute mentale devono però esplorare le caratteristiche distintive delle loro relazioni, le modalità adottate e i risultati terapeutici che queste producono. Infatti, alcuni aspetti di questa relazione sono specifici per l'infermieristica di salute mentale come per esempio il cambiamento trasformativo del sé dell'assistito (Geanellos, 2002). Elementi della pratica quotidiana come il creare un ambiente terapeutico, il guidare il potenziale di cambiamento insito nell'assistito e il facilitare i risultati positivi permettono agli infermieri di salute mentale di supportare il raggiungimento del cambiamento del sé dell'assistito, che non risulta necessariamente legato alla guarigione o alla cura.

L'empatia è un altro elemento caratterizzante la relazione infermiere-assistito di fondamentale importanza terapeutica perché permette di comunicare all'assistito una comprensione del suo mondo (Reynolds e Scott, 1999). Gli adolescenti con esigenze complesse infatti possono anche pensare di non essere in grado di far comprendere le proprie istanze al mondo degli adulti. L'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza, che è in grado di esprimere risposte empatiche, può contribuire ad incoraggiare la comunicazione ed alleviare questo disagio.

Tra le componenti chiave terapeutiche dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza emerge l'ascolto attivo, inteso come processo dinamico e interattivo che richiede un'interpretazione attiva di ciò che viene ascoltato, accompagnata da un feedback al paziente circa la corretta comprensione, (Davies et al., 2007). Dare segnali all'assistito di proseguire nel discorso, richiedere chiarimenti, utilizzare parafrasi o sintetizzare il discorso fatto dall'assistito e il silenzio sono alcuni esempi di ascolto attivo che l'infermiere può mettere in atto. L'infermiere deve avere una comprensione dei concetti fondamentali legati al modo in cui gli adolescenti pensano (cognizione), al modo in cui tentano di controllare il loro comportamento (auto-regolazione) e al modo in cui affrontano i loro sentimenti (regolazione degli affetti). Operando da un quadro concettuale comune, il personale può discutere di avvenimenti specifici, confrontando i loro pareri riguardo all'assistito per raggiungere una comune comprensione psicologica del comportamento (Delaney, 2006c).

Per interpretare questi comportamenti possono essere utilizzate anche delle guide di valutazione al fine di formare le proprie osservazioni verso associazioni comportamentali, modelli di pensiero, deficit cognitivi e problemi di disciplina. Scale come quelle di Kronenberger et al. (1997), di Lyall et al. (2004), di Morse et al. (1998) contengono domande sensibili per effettuare una valutazione individuale dei pazienti per sviluppare interventi appropriati, in particolare quelli che educano l'assistito e facilitano il suo controllo (Delaney, 2006c).

Il controllo del peso

I bambini e gli adolescenti ospedalizzati a causa di una malattia psichiatrica acuta possono avere esigenze e desideri nutrizionali diversi rispetto ai bambini ospedalizzati per altre patologie perché la dieta, il regime farmacologico e la mancanza di attività fisica possono mettere questi pazienti a rischio di aumento di peso (Pragowski, 2015). Modifiche semplici nel menù, il controllo costante delle porzioni, l'istruzione degli operatori che collaborano alla distribuzione del pasto e l'educazione in materia di nutrizione possono influenzare notevolmente i cambiamenti di peso degli adolescenti ospedalizzati in psichiatria.

Famiglie in crisi

Quando l'episodio di crisi coinvolge anche la famiglia, individuare i fattori di rischio e di protezione che mitigano lo sviluppo della crisi fornisce all'infermiere di vedere l'assistito e la sua famiglia da una prospettiva basata sui punti di forza e non sui deficit (Parsons, 2016).

Le relazioni sociali, la comprensione dello sviluppo dei figli, le competenze genitoriali, il forte sostegno familiare e sociale, l'empowerment individuale, gli stili di vita sani, l'uso costruttivo del tempo, i valori positivi e le competenze sociali sono fattori chiave protettivi che riducono la probabilità di esito negativo dei problemi insorti durante la crisi.

Risulta altresì importante, lavorare su tali elementi come strumenti per potenziare la resilienza familiare per far fronte alla situazione.

La scuola e le influenze tra pari sono considerati elementi critici perché possono divenire sia elementi protettivi che di rischio, a seconda del contesto e delle caratteristiche.

A riguardo, Parsons (2016) identifica sette tappe chiave per la valutazione del rischio: *valutare la letalità*, in cui l'infermiere determina se uno qualsiasi degli individui costituisce un rischio significativo di danno per sé o ad altri; *stabilire una relazione*, in cui si definiscono i ruoli, i limiti, la fiducia e l'empatia di fronte alla sofferenza dell'assistito; *individuare i maggiori problemi*: intervistando individualmente ciascun membro della famiglia, e poi insieme, si identificano i problemi, i punti di forza, le risorse; *trattare con i sentimenti e le emozioni*, facilitando la loro espressione, mantenendo una neutralità terapeutica finalizzando alla risoluzione del problema; *esplorare e generare alternative*, pur focalizzati sulla soluzione, si crea e discutono alternative; *formulare un piano di azione*, partecipando a sviluppare con l'adolescente e la famiglia un piano di azione realistico e realizzabile; e infine *risoluzione della crisi e follow-up*, in cui si individuano i progressi e consolidano le azioni risoltrici.

Conclusioni

Questa revisione ha fornito alcune utili indicazioni per la pratica clinica dell'assistenza agli adolescenti ospedalizzati, con disagio psichico in fase acuta (Box 1).

La sicurezza dell'adolescente e dell'unità operativa risulta fondamentale e fortemente influenzata dalle emozioni vissute dai professionisti nell'approccio all'adolescente, come pure l'adeguatezza dell'ambiente e della gestione del tempo degli assistiti.

Nella valutazione del rischio di autolesionismo un importante fattore predittivo è la storia dell'assistito e i precedenti agiti.

Box 1 - Considerazioni per la pratica clinica

Il personale che entra in sintonia con le paure e le interazioni degli adolescenti ha un'opportunità maggiore di intervenire precocemente su un comportamento disturbato o minaccioso e rispondervi in modo meno

coercitivo (Hallman et al., 2014).

Gli adolescenti richiedono più spazio per muoversi rispetto all'adulto, nonostante abbiano comunque la necessità di sorveglianza e la necessità di una adeguata gestione del tempo all'interno dell'unità per evitare noia e comportamenti devianti (Delaney, 2008).

La ricerca e il potenziamento delle risorse dell'adolescente e del suo empowerment (Huckshorn, 2007; McAllister, Moyle, 2008), determinano il cambiamento trasformativo (Geanellos, 2002) utile per affrontare le situazioni di crisi.

L'infermiere deve avere allora una comprensione dei concetti fondamentali legati al modo in cui gli adolescenti pensano (cognizione), al modo in cui tentano di controllare il loro comportamento (auto-regolazione) e al modo in cui affrontano i loro sentimenti (regolazione degli affetti). (Delaney, 2006c).

Per il rischio di aggressione etero diretta, la valutazione non strutturata risulta ancora rilevante e più predittiva rispetto ad altre variabili come la precedente storia di aggressività, il sesso, la storia di autolesionismo e la diagnosi (Phillips et al., 2012). Al contrario, per il rischio di autolesionismo si è dimostrata più predittiva la storia di uno o più atti di autolesionismo o di tentato suicidio (Phillips et al., 2012) insieme al genere femminile (Phillips et al., 2012, Fryer et al., 2004, Becker e Grilo 2007).

Quando l'episodio di crisi coinvolge anche la famiglia, l'infermiere deve individuare i fattori di rischio e di protezione al fine di lavorare sui punti di forza e non sui deficit (Parsons, 2016).

Per ridurre lo stress nel personale esposto ad aggressività, risultano efficaci brevi programmi di formazione atti ad aumentare la consapevolezza del rischio e ridurre di conseguenza l'assenteismo.

Sebbene non emerga una preparazione specifica dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza risulta essere la più idonea all'assistenza di questa categoria (Kaye, 2009) e deve avere una formazione aggiuntiva e propria (Inoue et al., 2009). Emerge dunque l'esigenza di costruire uno specifico profilo di competenze e ampliare le potenzialità degli stessi servizi.

A volte, il comportamento eteroaggressivo come l'autolesionismo sono dipendenti da fattori ambientali; ricoverando l'adolescente e quindi allontanandolo dai *trigger* ambientali abituali, si potrebbe verificare una conseguente diminuzione di questi comportamenti rendendo il ricovero già estremamente terapeutico. Altre volte invece si tratta di comportamenti appresi dai coetanei all'interno dei contesti di psichiatria, aumentando la percentuale di adolescenti ospedalizzati che all'ingresso hanno un basso rischio e un rischio aumentato durante il ricovero. Questo comporta un'attenta valutazione del singolo caso e non può esimersi dalla valutazione anche del contesto in cui si decide di inserire l'adolescente. In questo senso il contesto per adulti potrebbe agevolare comportamenti negativi e peggiorativi la situazione.

Per tutte queste variabili la formazione risulta un nodo cruciale per la loro gestione. Nel contesto internazionale, però, non vi è omogeneità nella preparazione dei professionisti, e non è sovrapponibile alla situazione italiana.

Tuttavia emerge come una preparazione specifica dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza determina la figura specifica, e la più idonea all'assistenza di questa categoria (Kaye, 2009) e deve avere una formazione aggiuntiva e propria (Inoue et al., 2009).

Alcuni Paesi, come gli Stati Uniti, prevedono anche un infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza con funzioni avanzate, come il diagnosticare disturbi psichici e la prescrizione farmacologica. Se lo specifico dell'attività dell'infermiere di salute mentale infantile e dell'adolescenza è il cambiamento trasformativo, dell'empowerment e lo sviluppo della resilienza nel paziente, il professionista deve utilizzare il feedback verso l'adolescente circa la comprensione della sua situazione, delle sue esigenze e soprattutto dei suoi sentimenti (Davies et al., 2007).

Spesso nel verificarsi episodi di crisi individuale e familiare, l'infermiere dovrebbe considerare i punti di forza e quindi i fattori protettivi di ogni componente, al fine di poterli sfruttare per condurre l'intero nucleo familiare verso la risoluzione del problema.

BIBLIOGRAFIA

- Bassani L. (2017) La gestione dell'acuzie nel minore. Azioni di prevenzione e risposte al bisogno di ricovero in ambiente ospedaliero. L'esperienza dell'Alto Adige. In: IX congresso internazionale coordinamento SPDC. Gli SPDC oggi: dalla gestione dell'acuzie psichiatrica al nuovo ruolo nella rete dei servizi, 2017.
- Becker D. e Grilo C. (2007) Prediction of suicidality and violence in hospitalized adolescents: comparisons by sex. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52: 572-580.
- Bobier C., Dowell J., Swadi H. (2009) An examination of frequent nursing interventions and outcomes in an adolescent psychiatric inpatient unit. *International - Journal Of Mental Health Nursing*, 18(5): 301-309.
- Conners C. *Conners' Rating Scales-Revised User's Manual*. Toronto: Multi-Health Systems Inc.; 1997.
- Conti P. (2017) Agiti e scompensi psicotici in adolescenza tra territorio DEA e reparti ospedalieri. In: IX congresso internazionale coordinamento SPDC. Gli SPDC oggi: dalla gestione dell'acuzie psichiatrica al nuovo ruolo nella rete dei servizi, 2017.
- Davies J. e Huws-Thomas M. (2007) Care and management of adolescents with mental health problems and disorders. *Nursing Standard*, 21(51): 49-60.

- Dean A. J., Duke S. G., George M., Scott J. (2007) Behavioral management leads to reduction in aggression in a child and adolescent psychiatric inpatient unit. - *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 46(6): 711-720.
- Dean A.J., Gibbon P., McDermott B.M., Davidson T., Scott J. (2010) Exposure to aggression and the impact on staff in a child and adolescent inpatient unit. *Archives of Psychiatr Nursing*, 24(1): 15-26.
- Delaney K.R. (2006a) Evidence base for practice: reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. *Worldviews On Evidence-based Nursing* 3(1): 19-30.
- Delaney K.R. (2006c) Learning to observe in context: child and adolescent inpatient mental health assessment. *Journal of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(4): 170-174.
- Delaney K.R e Hardy L. (2008) Challenges faced by inpatient child/adolescent psychiatric nurses. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 46(2): 21-24.
- Delaney K.R. (2014) Positioning the Work of Child and Adolescent Psychiatric Nurses. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(2): 49-50.
- Drew B. e Delaney K.R. (2009) National survey of psychiatric mental health advanced practice nursing: development, process, and finding. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 15(2): 101-110.
- Fryer M.A., Beech M., Byrne G.J. (2004) Seclusion use with children and adolescents: an Australian experience. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38: 26-33.
- Geanellos R. (2002) Transformative change of self: the unique focus of (adolescent) mental health nursing? *International Journal Of Mental Health Nursing*, 11(3): 174-185.
- Giles L.L. e Martini D.R. (2016) Psychiatric emergencies. In: Dulcan M.K. (Ed.) *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry*. 2nd edition. American Psychiatric Association Publishing.
- Hallman I., O'Connor N., Hasenau S., Brady S. (2014) Improving the culture of safety on a high-acuity inpatient child/adolescent psychiatric unit by Mindfulness-Based Stress Reduction Training of Staff. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 27(4): 183-189.
- Hamrin V., Iennaco J., Olsen D. (2009) A review of ecological factors affecting inpatient psychiatric unit violence: implications for relational and unit cultural improvements. *Issues in Mental Health Nursing*, 30: 214-226.
- Huckshorn K.A. (2007) Building a better mental health workforce: 8 Core elements. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 45(3): 24-34.
- Inoue M., Del Fabbro L., Mitchell M. (2012) Assessing the Educational Needs of Mental Health Nurses Working in an Adolescent Inpatient Psychiatric Ward in Japan. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 25(3): 124-129.
- Ito H., Eisen S.V., Sederer L.L., Yamada O., Tachimori H. (2001) Factors affecting psychiatric nurses' intention to leave their current job. *Psychiatric Services*, 52(2): 232-234.
- Lyons JS. *The severity and acuity of psychiatric illness scales*. San Antonio: Psychological Corp; 1998.
- McDougall T. (2006) *Child and Adolescent Mental Health Nursing*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Needham I., Abderhalden C., Halfens R. J., Fischer J. E., Dassen T. (2005) Non-somatic effects of patient aggression on nurses: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(3): 283-296.
- Jacobs, D. (2007). A resource guide for implementing the joint commission 2007 patient safety goals on suicide: featuring the suicide assessment five-step evaluation and triage (safe-t). *Screening for Mental Health*, 1-19.
- John, K., Gammon, G., Prusoff, B., & Warner, V. (1987). The Social adjustment schedule for children and adolescents (SAICA): Testing of a new semi-structured interview. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 898-911.
- Johnson M.E. e Delaney K.R. (2006) Keeping the unit safe: a grounded theory study. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 12: 13-21.
- Kaye L., Warner L., Lewandowski C., Greene R., Acker J., Chiarella N. (2009) The role of nurse practitioners in meeting the need for child and adolescent psychiatric services: a statewide survey. *Journal Of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 47(3): 34-40.
- Kennedy A., Cloutier P., Glennie J.E., Gray C. (2009) Establishing best practice in pediatric emergency mental health: a prospective study examining clinical characteristics. *Pediatric Emergency Care*, 25(6): 380-6.
- King C.A, Franzese R., Gargan S., McGovern L., Ghaziuddin N., Naylor M. (1995) Suicide contagion among adolescents during acute psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services*, 46(9): 915-918.
- Kovacs M. *Manual for the Children's Depression Inventory*. NorthTonawanda, NJ: Multi-Health Systems; 1992.
- March JS, Parker JDA, Sullivan K, et al. The multidimensional anxiety scale for children (MASC): factor structure, reliability, and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(4):554-565.
- McAllister M. e Moyle W. (2008) An exploration of mental health nursing models of care in a Queensland psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(1): 1826.
- McKenna B.G., Poole S.J., Smith N.A., Coverdale J.H., Gale C.K. (2003) A survey of threats and violent behaviour by patients against registered nurses in their first year of practice. *International Journal of Mental Health Nursing*, 12(1): 56-63.
- Park C., McDermott B, Loy J., Dean P. (2011) Adolescent admissions to adult psychiatric units: patterns and implications for service provision. *Australas Psychiatry*, 19(4): 345-349.
- Parsons C. (2016) Evidenced-Based Care of Adolescents and Families in Crisis. *Nursing Clinics of North America*, 51(2): 249-60.
- Patel V., Flisher A.J., Hetrick S., McGorry P. (2007) Mental health of young people: a global public-health challenge. *The Lancet*, 369(9569): 1302-1313.
- Phillips N., Stargatt R., Brown A. (2012) Risk assessment of self- and other-directed aggression in adolescent psychiatric inpatient units. *Australian & New Zealand Journal Of Psychiatry*, 46(1): 40-46.
- Philpin S. (2006) 'Handing over': transmission of information between nurses in an intensive therapy unit. *Nursing in Critical Care*, 11: 86-89.
- Poznanski, E.O., Freeman, L.N., & Mokros, H.B. (1985). *Children's Depression Rating Scale Revised*. *Psychopharmacol Bull*, 21: 979-989.
- Praglowski N. (2015) Family-Style Dining on a Child and Adolescent Psychiatry Unit: a quality improvement project to reduce weight changes in patients. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 28(2): 92-96.
- Rasmussen P., Henderson A., Muir-Cochrane E. (2012) An analysis of the work of child and adolescent mental health nurses in an inpatient unit in Australia. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 19(4): 374-377.
- Reynolds W.J. e Scott B. (1999) Empathy: a crucial component of the helping relationship. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6(5): 363-370.
- Reynolds WM (1987), *Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ): Professional Manual*. Odessa, FL. Psychological Assessment Resources.
- Sukhodolsky D.G., Cardona L., Martin A. (2005) Characterizing aggressive and noncompliant behaviors in a children's psychiatric inpatient setting. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2): 177-193.
- Weiss S. e Talley S. (2009) A comparison of the practices of psychiatric clinical nurse specialists and nurse practitioners who are certified to provide mental health care for children and adolescents. *Journal Of The American Psychiatric Nurses Association*, 15(2): 111-119.
- Worrall A., O'Herlihy A., Banerjee S., Jaffa T., Lelliott P., Hill P., Scott A., Brook H. (2004) Inappropriate admission of young people with mental disorder to adult psychiatric wards and paediatric wards: cross sectional study of six months' activity. *British Medical Journal*, 328(7444): 867.
- World Health Organization (2013) "Piano d'azione per la salute mentale 2013-2020".

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=63&area=Disturbi_psichici (Consultato il 23 maggio 2017).

- Yonge O. (2008) Shift report: a ritual play on a residential adolescent psychiatric unit. *Journal Of Psychiatric & Mental Health Nursing*, 15(1): 45-51.

Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
Via Agostino Depretis 70, 00184 Roma - tel 0646200101 - fax 0646200131 - federazione@cert.fnopi.it

[Credits](#)