

The background features a dark blue gradient with faint, light-colored circular patterns and a scale. The scale is a large arc on the left side, with numerical markings from 140 to 260 in increments of 10. Several smaller circles and dashed lines with arrows are scattered across the background, suggesting a technical or scientific theme.

# GESTIONE DELL'AGGRESSIVITÀ

DISCUSSIONE CASO CLINICO X.X.

FABRIZIO RINI

8 APRILE 2014

# NATURA UMANA E AGGRESSIVITÀ

- I sistemi neuronali coinvolti con il comportamento aggressivo sono localizzati soprattutto nel sistema limbico e nel tronco dell'encefalo.
- Ricerche sull'influenza del sistema neuroendocrino hanno individuato nel testosterone – ormone sessuale maschile – un importante modulatore dei comportamenti aggressivi, che spiegherebbe anche la maggiore aggressività dell'uomo rispetto alla donna.

# CARATTERISTICA COMPORTAMENTALE APPRESA

- Oltre alla natura, è stata indagata anche la cultura: la povertà, il sovraffollamento delle periferie metropolitane, l'assenza di spazi per qualsiasi forma di attività ricreativa e la carenza di igiene generano sempre una sensazione di abbandono e di disperazione, che può condurre a comportamenti aggressivi come strumento di evasione e rivalsa sociale.
- Crisi economiche, le guerre, la fame, le malattie, possono produrre fenomeni ancor più evidenti di criminalità (il terrorismo non è così comune in Norvegia, nazione indicata da più studi come quella dove in assoluto la qualità della vita umana è assolutamente al top)

# AGGRESSIVITÀ E PSICOANALISI

- Freud individuò l'aggressività come una reazione alla frustrazione sperimentata da una persona durante la ricerca del piacere e caratteristica innata dell'essere umano
- L'essere umano non è solo natura, ma è anche in gran parte cultura, per cui si possono mescolare la capacità di riflettere e di controllare il proprio comportamento, in modo da modulare gli istinti.

# DEFINIZIONE

- Azione, fisica o verbale, energica inappropriata o maladattiva, finalizzata al soddisfacimento di un proprio bisogno
- Modalità di manifestazione:
  1. Verbale o fisica
  2. Contro la proprietà
  3. Contro se stessi
  4. Contro altre persone

# AGGRESSIVITA' CONSEGUENZA DI UNO STATO

- Spinta alla difesa di se stessi ed alla creazione di uno spazio vitale (istinto)
- FINALITA': garantire la risposta ai propri bisogni difendendosi dai pericoli
- Normale: verbale e nello sport, modulata a seconda delle situazioni
- Patologica: assenza di reazioni (di rabbia ed aggressività) o agiti violenti

## AGGRESSIONE COME RISULTATO DI...

- Caratteristiche della personalità (diagnosi, storia personale, vissuto attuale...)
- Risultato dell'interazione persona/ambiente (stimoli ambiente circostante, modalità di porsi dello staff...)

# FATTORI DI RISCHIO/POTENZIALI PROVOCAZIONI X UTENTE

## FATTORI SITUAZIONALI / AMBIENTALI

- Linee dell'equipe vaghe
- Mancato coinvolgimento dell'utente nel progetto di cura
- Forzata adesione alle regole
- Necessità di scaricare energia
- Costrizione della libertà personale

## FATTORI INTERELAZIONALI

- Impreparazione del personale
- Mancato ascolto dell'utente
- Mancato rispetto degli impegni pattuiti
- Provocazione deliberata o atteggiamento aggressivo degli operatori
- Eccesso di domande (intrusività)
- Misure restrittive costanti e trascuratezza

# SEGNI PREMONITORI DELL'AGGRESSIVITA'

- Abusi verbali (atteggiamento oppositivo e ostacolante, facile ironia, critiche, insulti)
- Postura minacciosa
- Minacce verbali
- Tono della voce aumentato
- Sguardo diretto (minaccioso) negli occhi
- Sudorazione e rossore improvviso al volto

## COSA FARE

- Domande con DOVE e QUANDO per individuare dettagli sulla rabbia per focalizzare la situazione sui problemi del paziente
- Essere concisi e assertivi. Negoziare alternative in caso situazione di stallo.
- Lasciare spazio e mantenere postura aperta
- Mostrare ascolto attivo, annuendo a più riprese ed incoraggiare la persona a spiegare meglio

## COSA NON FARE

- Non fare troppe domande con il PERCHE' in quanto possono venire percepite come provocatorie
- Cedere alla provocazione , minacciare , fare promesse che non si possono mantenere.
- Atteggiamento di chiusura, sulla difensiva
- Usare frasi tipo «calmati» , «non esagerare» o tutto ciò che può indurre una svalutazione del problema
- Manifestare emozioni, risentimento o rabbia

## COSA FARE

- isolarsi il più possibile dalle proprie rappresentazioni e dai propri vissuti
- non essere troppo impostato o tecnico
- essere il più possibile **relazionale** (non c'è contenuto senza una relazione)
- evitare "l'intellettualizzazione", cioè usare troppe parole, anche complesse, per esprimere concetti semplici
- esplorare insieme difficoltà ed ostacoli
- valorizzare le scelte fatte ed i comportamenti messi in atto
- motivare le azioni e mostrare empatia

## COSA NON FARE

- Dare ordini: "lei deve...bisogna che lei..."
- "per lei sarebbe meglio che"
- Giudicare: "se si comporta così...non va bene..."
- Interpretare: "in realtà lei dice questo..." oppure "...fa così perché..."
- Investigare: "ma è proprio sicura/o che..."
- Argomentare: "...la regola sarebbe che..." oppure

# CHI E' L'UTENTE

- X.X. del '58
- Origine serba
- Vive con moglie (sposata in seconde nozze)
- Un figlio della moglie (non viene mai menzionato)
- Seguito da diversi anni da ACD (da sett/2010)
- ACD - in questo momento – per igiene e medicazioni (?) lu me ve
- Non gradisce per interventi ACD personale maschile
- Polipatologico con lungo percorso di malattia

# ENTOURAGE FAMILIARE

- Entourage familiare limitato alla moglie
- Moglie caregiver esclusivo
- Origine serba
- Svolge un lavoro che la costringe ad assentarsi durante il giorno
- Molto presente, si assenta solo per lavoro
- Non si concede spazi per sé
- Rapporto conflittuale con utente
- Riferisce umiliazioni, totale mancanza di gratificazione e a volte è vittima di accuse ingiustificate
- Presenti segni di esasperazione
- Permane sempre comunque atteggiamento accudente e protettivo

# ESCALATION PATOLOGIE

- Primi anni '90 : Lombalgie aspecifiche croniche, turbe statiche, sbilancio bacino a sfavore sx, scoliosi, spondilartrosi, restringimento canale vertebrale L4-L5
- 1996 : DM tipo 2, trattato con ADO ed insulinoth (autogestione)
- 2000 : Polineuropatia distale simmetrica sensitiva più che motoria (di probabile origine diabetica)
- 2001 : Proposta di nefroprotezione ACE inibitore AT2 antagonista, **rifiutata da utente**
- 2004 : Obesità, nefropatia, dislipidemia e rilevazione di **pessimo controllo glicemico**
- 2006 : Peggioramento funzione renale
- 2006 : RGE, ernia iatale, gastrite antrale
- 2008 : Sindrome nefrosica secondaria a nefropatia diabetica

# ESCALATION PATOLOGIE

- 2009 : Picco ipertensivo su IR terminale, diffusa ateromatosi coronarica.
- 2009 : Ictus ischemico con emisindrome motoria dx
- 2009 : Retinopatia diabetica bilaterale
- 2009 : confezionamento di fistola AV avambraccio dx
- 2009 : Sindrome uremica con pericardite **su sospensione spontanea dialisi (2 volte)**
- 2009 : Ipoglicemia su accumulo th insulinica
- 2009 : Consulto psichiatrico per affermazioni di suicidio. No disturbi psicotici. No suicidalità attiva. Sindrome ansioso depressiva
- 2010 : Anemizzazione di origine renale
- 2010 : Neuropatia ottica
- 2013 : Sospetto delirium su accumulo di oppiacei
- 2013/2014 : Ulcere localizzate in diversi siti. Positivo MRSA (inguine e naso)

# SERVIZI FORMALI

- Ricoveri ripetuti in OBV
- Periodiche convalescenze in clinica (Novaggio, Hildebrand) a scopo riabilitativo
- Seguito da ergoterapista settimanalmente
- Seguito da reparto dialisi lu me ve
- Seguito da diverse assistenti sociali
- ACD (attualmente) lu me ve per cure di base e medicazione (?)

# PROBLEMATICHE

- Assenza compliance terapeutica (non accetta protocolli si fa come dice lui) e farmacologica ridotte (gestione insulina, rifiuto antipertensivi, trascuratezza picchi ipertensivi o sintomi)
- Atteggiamento anarchico e negazione (medicazione, dieta x nefropatici, idratazione, rifiuto a recarsi in dialisi). Irragionevole
- Storia di rifiuto interventi
- Operatori spesso costretti ad attese. Difficoltà ad entrare (non fornisce chiave portone)
- Denigrazione servizi formali, polemico con Istituzioni
- Interruzione brusca servizio domicilio (per passaggio a concorrenza), riavviato successivamente
- Atteggiamento assolutamente non collaborante e irrispettoso delle regole (disdetti interventi poco prima dell'orario pattuito, pretese di interventi con preavvisi a breve, di personale, poche figure e femminili, fiscale in orari, che inoltre cambia, inosservanza norme sicurezza, vedi camice)
- Comportamento provocatorio, a volte a sfondo sessuale. Spesso intollerante, aggressivo verbalmente, tendenzialmente oppositivo verso operatori
- Rapporto coniugale conflittuale
- Limitatezza supporto informale. Moglie caregiver esasperato, ma sempre schierata in caso di problemi.

# SEGNI DI SOFFERENZA

- Non accettazione di malattia
- Speranza di poter guarire
- Percezione di sé in termini autosvalutativi (dipendenza)
- Frustrazione a livello sessuale / timore tradimento moglie
- Verbalizzazione di atteggiamenti discriminatorio nei propri confronti
- Se di buon umore, persona gradevole
- Momenti di complicità della coppia

# COSA SI È FATTO

- Incontro CE ed assistente sociale (2010) per migliorare presa a carico (ottenimento AI e Sussidio mantenimento a domicilio, interventi di cura)
- Investimento da parte CE per accogliere disagio coppia ed assecondare richieste
- Condivisione problematiche e proposte (CD, Pro-Infirmis)
- Contatti tra diverse realtà operative (ACD , Dialisi, OBV)
- Supporto emozionale durante degenza OBV 2013
- Assecondato scelte inerenti ad orari, personale e turnazione
- Proposte di incontri di Rete

# SUGGERIMENTI

- Consegne puntuali tra operatori della Rete (incontri Team, medico curante, dialisi, ergoterapista, assistente sociale) con finalità ottimizzazione risorse in un percorso condiviso
- Approfondimento/recupero «supporto emozionale» pregresso e valutazione se possibile applicazione
- Individuazione strategie comunicative appropriate (operatività di tipo relazionale/supporto emozionale)
- Individuazione di ciò che induce tranquillità o sia deterrente all'irritazione in un'ottica di decentramento (ricerca di argomentazioni che inducono rilassatezza e appagamento)
- Accoglimento stress moglie caregiver principale per evitare esasperazione dinamiche di coppia
- Condivisione in equipe di possibili frustrazioni degli operatori o difficoltà a reggere le provocazioni (rischio transfert) ed evt richiesta supervisione
- Valutazione RAI da parte di valutatore infermiere psichiatrico