

The background features a dark blue gradient with faint, light-colored technical diagrams. On the left side, there is a large circular scale with numerical markings from 140 to 260 in increments of 10. Several circular diagrams with arrows and dashed lines 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