

***La difficoltà nella relazione
con pazienti con
aggressività verbale e non:
come viene gestita, quale
impatto emotivo?***

Equipe centrale

28/03/2017



**Assistenza e Cura a Domicilio
del Mendrisiotto e Basso Ceresio**

LA VOGLIA DI CURARSI A DOMICILIO

Definizione

- Abitualmente il termine “aggressività” è confuso con “violenza”. Aggredire deriva dal latino ad-gradì ed etimologicamente significa “***andare incontro***”, “camminare verso”. Solo successivamente il termine ha assunto il significato di “andare verso qualcuno per assalire”.
- Da allora l’aggressività viene intesa come una tendenza che può essere presente in ogni comportamento ed in ogni fantasia, volta all’etero o all’autodistruzione o all’autoaffermazione.

- L'espressione dell'aggressività umana è un fenomeno mutevole, poiché risente dell'approvazione e della **riprovazione sociale** e dipende dalle caratteristiche dell'aggressore, dell'agredito, del contesto, della finalità e della motivazione.
- Nel modello sociologico si è propensi a spiegare l'aumento dei tassi di violenza con la crisi di valori «coesivi» (famiglia, lavoro, etici...).
- La difficoltà di una definizione dell'aggressività deriva dalla molteplicità ed eterogeneità delle sue manifestazioni.

Importante

- L'immaginario collettivo ha sempre attribuito un'etichetta di aggressività, violenza, pericolosità sociale al paziente psichiatrico. L'equazione disturbo psichiatrico = comportamento violento non è affatto scontata.
- Non risultano ricerche attendibili che abbiano dimostrato differenze statisticamente significative dell'incidenza di episodi violenti tra i pazienti psichiatrici rispetto alla popolazione generale.

Predittori di rischio

fattori demografici e anamnestici

- Età giovanile (anziani con disturbi Psico- organici)
- Basso livello socio- economico
- Ridotto supporto sociale
- Disoccupazione
- Abusi infantili o storia di violenza familiare
- Uso di droghe o alcol (fattori disinibenti)
- Ritardo mentale o danni cerebrali (anche lievi)
- Sesso maschile (maggiore frequenza e gravità)

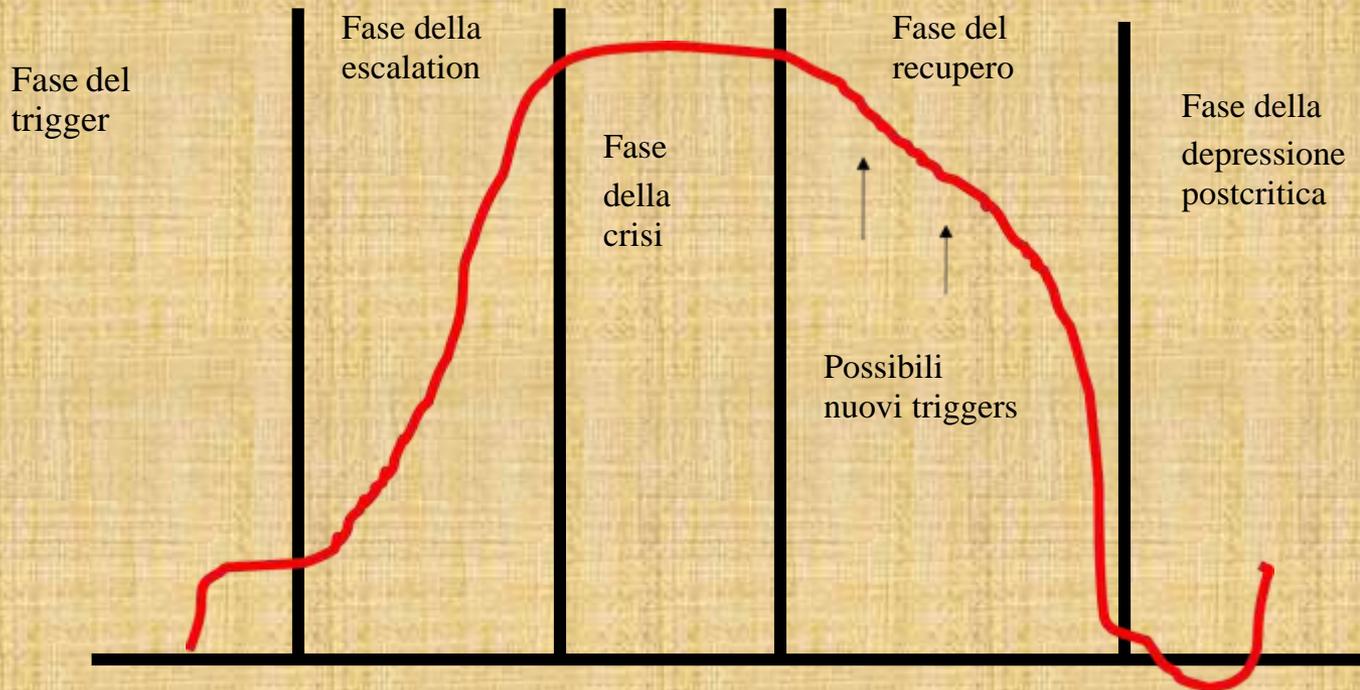
variabili cliniche

- Psicosi: ideazione delirante, allucinazioni uditive, concomitante abuso di alcol e/o sostanze, fasi di acuzie del quadro clinico, scarsa aderenza al trattamento
- Bassa autostima, depressione cronica, ansia e agitazione
- Disturbi di Personalità: antisociale, borderline, paranoide
- Disturbi Psico- organici (declino cognitivo, Alzheimer...)

Classificazione dell'aggressività

attiva	passiva
azione	Omissione (abbandono)
fisica	Non fisica (verbale o non verbale)
consapevole	inconsapevole
mirata	Non mirata
Fatta sul serio	Fatta in maniera dimostrativa
diretta	Indiretta (calunnie, danni agli oggetti)
manifesta	nascosta
spontanea	reattiva
difensiva	offensiva
Contro persone	Contro cose
Contro altri	Contro se stessi (tendenze suicidarie)
Affettiva, espressiva	sperimentale
Conforme alle regole sociali	punibile

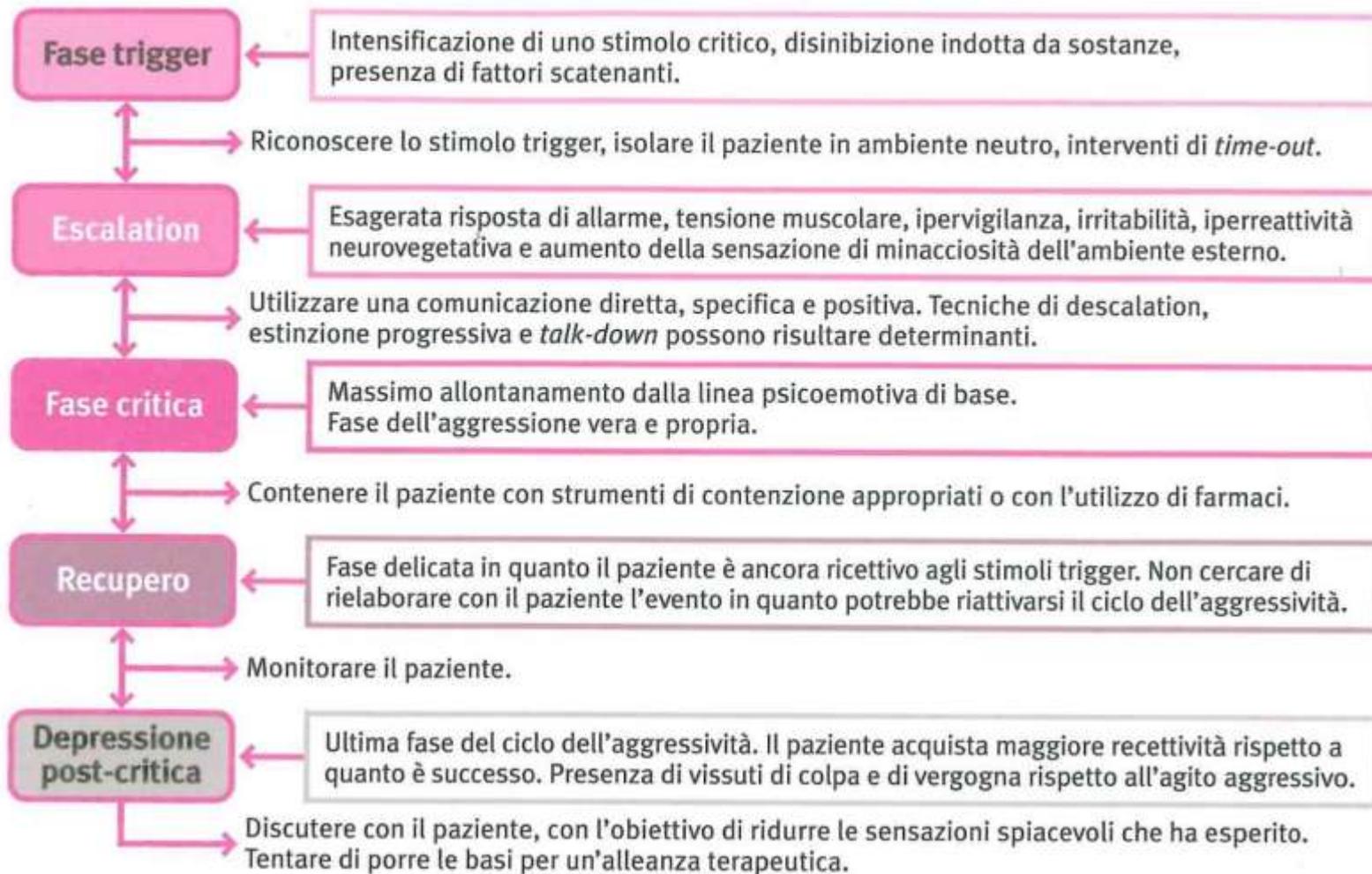
Il ciclo dell'aggressione



Comportamento di base

(Maier e Van Rybroek, 1995)

In sintesi



Modalità di comunicazione

- **VERBALE:** dal “verbo”= parola. Tutto ciò che si attiene ai contenuti espressi tramite le parole (suoni dotati di un significato condiviso all’interno di un determinato gruppo sociale). Più semplice da controllare intenzionalmente.
- **PARAVERBALE** = “vicino alla parola”, è il modo con cui le parole vengono espresse (tono, ritmo, fluenza, pause ecc.)
- **NON VERBALE:** prossemica, aptica, gestualità, postura, atteggiamento, aspetto, reazioni neurovegetative, mimica, sguardo, ecc. Meno facile da controllare intenzionalmente.

È possibile non comunicare?

Watzlawick (1971)

1° assioma della comunicazione

“NON E’ POSSIBILE NON COMUNICARE”

In un contesto interpersonale qualunque nostro comportamento viene interpretato, ovvero dotato di significato da parte degli altri.

Ogni comportamento comunica qualcosa.

Il primo assioma della comunicazione si riferisce alla comunicazione spontanea, non intenzionale.

Comunicare efficacemente può essere molto difficoltoso.

Prossimità

- Studio dell'organizzazione e dell'uso dello spazio, della distanza e del territorio di un individuo sia durante una conversazione verbale che non.
- La violazione dello spazio personale in un determinato momento comporta reazioni di difesa in quanto viene percepita come intrusione e violazione



Prosssemica

...influenzata anche da:

- ✓ *Differenze culturali*
- ✓ *Contesto*
- ✓ *Educazione*
- ✓ *Tratti Caratteriali*
- ✓ *Patologie*
- ✓ *etc...*



Tipi di distanza interpersonale (E.Hall)



- **Distanza intima:** (0 - 45 cm)
- **Distanza personale:** (45 - 120cm) *per l'interazione tra amici*
- **Distanza sociale:** (1,2 - 3,5 metri) *per la comunicazione tra conoscenti o il rapporto insegnante-allievo*
- **Distanza pubblica:** (oltre i 3,5 metri) *per le pubbliche relazioni*

Aptica

Disciplina che si focalizza sullo studio del contatto corporeo tra individui

Forma piu' primitiva di comunicazione sociale per tutti gli esseri viventi

Il contatto è considerato tra i bisogni fondamentali dell'essere umano e su di esso si fonda anche il bisogno di attaccamento (Bowlby, 1969)

I bambini piccoli manifestano un bisogno innato di contatto corporeo per ragioni fisiologiche (allattamento) e psicologiche (rassicurazione)



Aptica e prossemica

Così' come osservato nella prossemica, anche per l'aptica vi sono notevoli differenze interculturali:

Le popolazioni europee, asiatiche sono caratterizzate da una cultura della distanza

Le popolazioni sudamericane e latine sono caratterizzate da una cultura della vicinanza e del contatto



La relazione d'aiuto

- ❑ *La relazione d'aiuto si fonda su abilità comunicative e relazionali che possono essere apprese e potenziate attraverso l'uso consapevole e l'addestramento.*
- ❑ *L'efficacia della relazione d'aiuto nel raggiungere il suo scopo dipende dalla capacità di utilizzare le abilità comunicative e relazionali, strategicamente, intenzionalmente e consapevolmente adeguandole al contesto relazionale effettivo.*

Dati anagrafici

NOME: X.

COGNOME: X.

DATA DI NASCITA: 1931

DOMICILIO: Mendrisiotto

STATO CIVILE: Vedova

MEDICO CURANTE: H. P.

Diagnosi

- **Sindrome depressiva esacerbata con importante stato ansiogeno (che si può manifestare con aggressività verbale anche nei confronti dei curanti)**
- **ITA**
- **Diabete di tipo 2 Insulino dipendente**
- **Sindrome metabolica**
- **Obesità addominale**
- **Parkinsonismo acineto-rigido DD primitivo**
- **Decadimento cognitivo lieve-moderato**
- **Embolia polmonare bilaterale (09/2014) ANTICOAGULATA con SINTROM**
- **Cataratta**

Terapia farmacologica

Prescrizione medicinali

DATA D'INIZIO	MEDICAMENTO	FORMA	DOSAGGIO	MATTINO	MEZZOGIORNO	SERA	NOTTE	PARTICOLARITÀ	DATA FINE
01-06-2016	LANTUS	insulina - s/c UI		10				-Se glic sup a 5 mmol/l	
23-09-2014	JANUMET	Cp	50/1000 mg	1		1			
23-09-2014	REMERON SOLTAB	Cp	30 mg			1		=Mirtazapin	
23-09-2014	CYMBALTA	Cp	60 mg	1				=Duloxetin	
23-09-2014	CO EPRIL	Cp	20/12.5 mg	1					
23-09-2014	CYMBALTA	Cp	30 mg	1				=Duloxetin	
23-09-2014	BELOC ZOK	Co	25 mg	1		1			
23-09-2014	CARDURA	Cp	4 mg			1			
23-09-2014	LEPONEX	Cp	25 mg				1/2		
23-09-2014	MADOPAR	Cp	125 mg	1	1	1	1		
23-09-2014	MOTILIUM	Cp	10 mg	1	1	1			
23-09-2014	SINTROM	Cp	1 mg			X			
23-09-2014	TORASEMIDE	Cp	5 mg	1					
23-09-2014	TEMESTA	Cp	1 mg					1/2 cp IN RISERVA se AGITAZIONE	
24-09-2014	OSSIGENO		1 litro/minuto					Al bisogno	
31-03-2015	TEMESTA	Cp	1 mg	1/2					
01-01-2017	TRANSIPEG FORTE	Bust		X					

Anamnesi remota

- Utente vedova dal 2011, il marito è sempre stato per lei un punto di riferimento e di supporto. Rappresentava il fulcro dell'intera famiglia. Prima della scomparsa del coniuge la sig.ra Z. cucinava, eseguiva l'economia domestica e le attività di vita quotidiana in completa autonomia. Aveva una rete sociale solida, si intratteneva e si relazionava con il vicinato, usciva ed andava a ballare con il marito.
- Utente dopo la nascita del figlio Y. ha avuto una depressione post-partum.

Anamnesi presente

- L'utente a volte si relaziona manifestando aggressività verbale dai contenuti ansiogeni, creando una situazione di disagio.
- La mimica facciale dell'utente esprime apatia, tristezza.
- L'utente non riesce dal punto di vista psichico, a riprendere le attività in relazione alle BADL a seguito dell'invalidante stato ansiogeno e dei pensieri a volte negativi e paranoidi.
- I rapporti sociali sono ridotti al minimo: evita qualsiasi rapporto esterno alla famiglia in quanto non desidera raccontare ad altri i propri fatti privati.
- Nonostante la presenza dei figli, l'utente esprime sensazione di solitudine. Durante la giornata in casa si limita a guardare la TV o a leggere delle riviste. Negli scorsi anni ha iniziato a frequentare il CD, che poi ha sospeso subito dopo. Non ha più voluto una persona privata per compagnia.
- Sono presenti episodi di aggressività verbale nei confronti della figlia, soprattutto legato ad una sua incapacità di gestire autonomamente il proprio malessere.
- A volte, presenta aggressività verbale anche con i curanti (soprattutto con chi non conosce), come espressione del noto stato ansiogeno. Ci sono stati episodi di aggressività fisica nei confronti di alcuni curanti un paio di anni fa.
- Riferisce di essere preoccupata per la sua salute e quella del figlio. Qualche volta ha paura senza una precisa ragione.
- Capita che dimostri aggressività nei confronti della badante quando «**insiste**» nel somministrare terapia lassativa e/o O2 terapia, cambio vestiario o quando attua cambiamenti in casa.

Entourage familiare

- Ha due figli. La figlia, rappresenta il principale caregiver, risiede nella palazzina accanto, si occupa dei trasporti, della gestione finanziaria, dei contatti con i medici, della spesa e partecipa all'economia domestica in assenza della badante. La figlia lamentava stanchezza per impegno psichico gravoso (si occupa anche del fratello con problematiche psichiatriche).
- Il figlio maschio, vive con lei, si occupa della spesa. Otto anni fa ha avuto un ricovero in psichiatria per un importante stato depressivo che lo ha indotto ad un tentamen. In quell'occasione, durante il ricovero coatto del figlio, l'utente si trovava in P.S. ed ha assistito alla scena.
- Dopo questo episodio e dopo la perdita del marito, l'utente ha iniziato a chiudersi completamente in sé stessa per paura del giudizio degli altri, in relazione al vissuto già enunciato. Non è seguita da nessun psichiatra. Il figlio, in seguito, ha necessitato di altri 2 ricoveri in clinica psichiatrica. Attualmente è in AI. L'utente non ha mai accettato i ricoveri del figlio e tantomeno la perdita di ruolo/lavoro dello stesso.
- Ha un fratello e una cognata che vivono nella palazzina di fianco che passano a trovarla tutti i giorni, portandole 3 noci (rispetto di un rituale dell'utente).
- Presente da giugno 2016 una badante 24/24 h, la signora XX. per sgravare lo stress da caregiver che accusava la figlia. Quest'ultima si occupa di supervisionare l'assunzione delle th, la preparazione dei pasti e si occupa dell'economia domestica. L'utente vede nella badante una persona di fiducia e non gradisce che esca di casa e intraprenda altri rapporti.

Interventi ACD dal 2010

- ❖ Controllo salute e somm. terapia insulinica 7/7
- ❖ Controllo glicemico 3/7
- ❖ Rilevazione peso corporeo 1/7
- ❖ Preparazione terapie settimanali 1/7
- ❖ Doccia 1/7

Fattori scatenanti

- Se non conosce il personale curante
- Se non viene rispettata la fascia oraria
- Quando più persone parlano contemporaneamente
- Quando vi è una certa “insistenza” nel proporre le cose da fare
- Se non si rispettano i suoi tempi e le sue routine
- Se viene toccata e non viene rispettata la giusta prossemica
- Quando le persone mostrano agitazione e/o paura nel relazionarsi
- Se pensa che il figlio è in pericolo (problemi di salute)

Strategie

- ✓ Cercare di proporre passaggi di personale ACD che già conosce, mantenendo la sua fascia oraria desiderata
- ✓ Mantenere un tono di voce basso, rivolgersi direttamente all'utente senza guardarlo fisso negli occhi
- ✓ Avvicinarsi all'utente con un atteggiamento rilassato e tranquillo
- ✓ Modulare la distanza dall'utente e non toccarla (prossemica)
- ✓ Cercare di rispondere all'esigenza immediata proposta dall'utente
- ✓ Cercare di ridurre l'eloquio durante le prestazioni
- ✓ Parlare una persona alla volta

Strategie

- Mantenere i suoi schemi abituali, senza contraddirla (es. luce spenta, riordino dopo gli atti medico-tecnici)
- Durante le prestazioni sanitarie mantenere tempistiche adeguate che l'utente riconosce
- Avvisare utente il giorno precedente su orario/operatori del giorno successivo (anticipare le info, sedando lo stato ansiogeno).
- Durante la doccia, l'utente desidera lavare prima i capelli (con 2 shamphoo) e poi il resto del corpo, richiedendo particolare attenzione alla schiena (necessita di una premedicazione con temesta exp 1mg prima delle cure di base, a supporto del noto stato ansiogeno).

Atteggiamenti della badante che a volte rendono l'utente aggressiva

- ❑ A volte, utilizza alcuni atteggiamenti che diventano dei fattori scatenanti l'aggressività dell'utente: *es. capita che diventi aggressiva nei confronti della badante quando «insiste» nel somministrare terapia lassativa e/o O2 terapia, cambio vestiario o quando attua cambiamenti in casa.*
- ❑ A volte si relaziona con toni poco pacati e non mantiene una prossemica/aptica adatta al momento.
- ❑ La cultura e la provenienza da un paese lontano e la sua povertà di linguaggio la inducono a relazionarsi in modo poco consona con l'utente, che percepisce come una provocazione. Non ha una formazione specialistica.

Interventi attuati con la badante

Avendo constatato una difficoltà di relazione/gestione dei soggetti che si ripercuotevano a volte sul nostro intervento e sulla qualità di vita dell'utente siamo intervenuti nell'informare, accompagnare ed istruire la badante nel:

- non usare toni di rimprovero e/o rispondere in toni aggressivi .
- Non argomentare o provare a convincere l'utente, ma proporre sempre delle possibili alternative.
- Evitare di usare espressioni impositive come **“no”**, **“non si può”**, **“tu devi”**.
- Evitare contatto fisico nei momenti di agitazione/ansia.
- Riconoscere i segni premonitori quali respiro affannoso, aumento del tono della voce dell'utente, sudorazione, cambiamento di sguardo. Quando l'utente è particolarmente agitata, la badante può somministrare la terapia di riserva (temesta ½ cp), informando il personale ACD al successivo intervento.

Il nostro intervento non è atto solo a migliorare la qualità della prestazione durante il nostro passaggio, ma serve anche per ridurre problemi nella convivenza tra i familiari e la badante anche in nostra assenza.

- Come controllare le reazioni che avvertiamo durante la presa a carico del paziente aggressivo (paura, ansia, irrigidimento ecc..)?

FIGHT
attaccare



FLIGHT
fuggire



FREEZING
bloccarsi



FAINT
svenire



- Quali strategie/interventi voi avreste adottato per migliorare la presa a carico di quest'utente?



Altre domande,
dubbi,
considerazioni?



Bibliografia

Aggressività eterodiretta in psichiatria, riconoscimento e gestione. Mario Luciano, Virginio Salvi- Il pensiero scientifico-

La Gestione dell'aggressività dell'operatore socio-educativo in contesto professionale, LDD Giorgio Bassi 2004

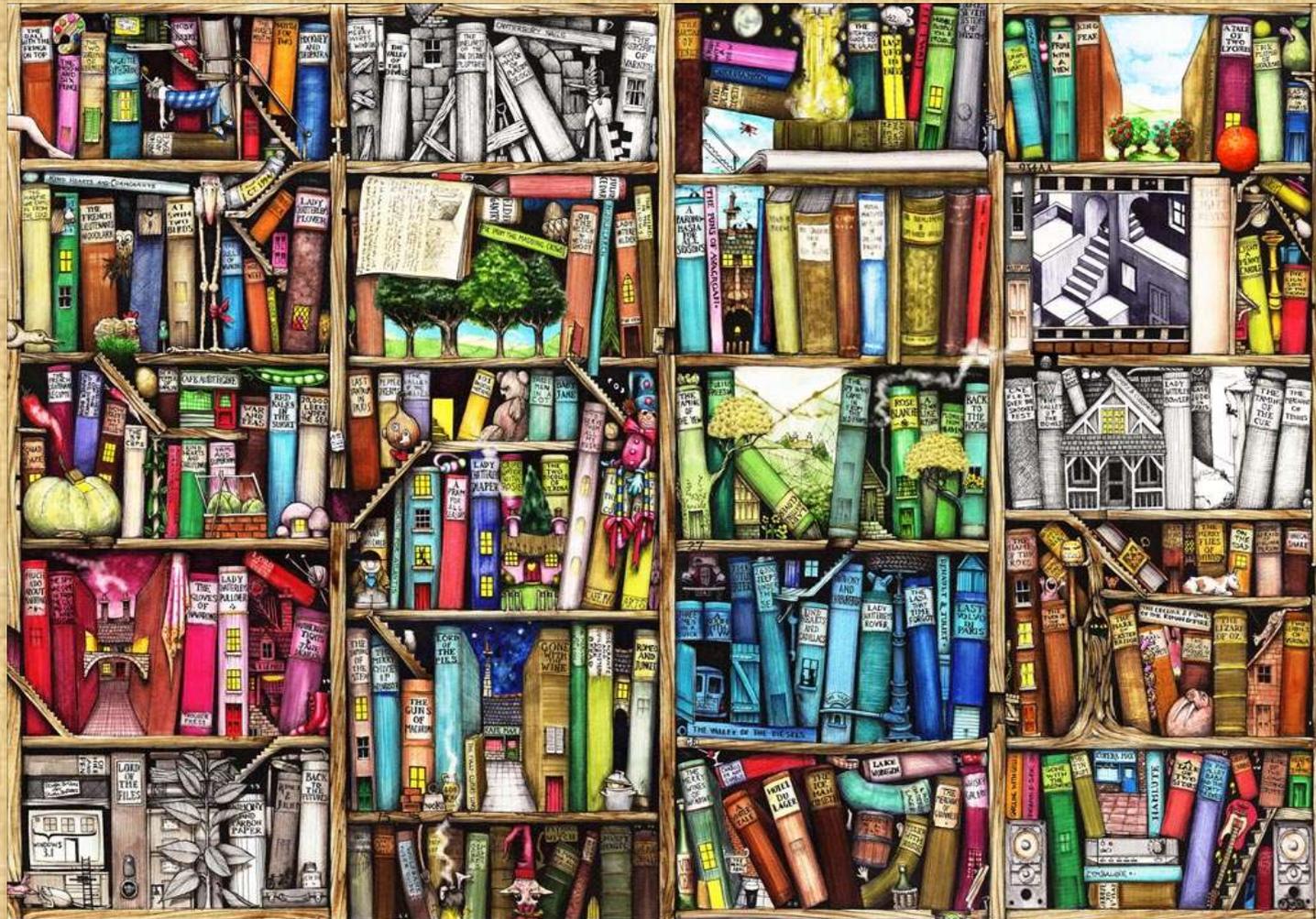
La comunicazione non verbale, il linguaggio del corpo. LDD Miranda Capuzzo (SCIP)

M. Luciano, V. Salvi, « Aggressività eterodiretta in psichiatria: Riconoscimento e gestione» Il Pensiero Scientifico Editore, 2003

Pragmatica della comunicazione umana (1967), Watzlawich P., Beavin J.H., Jackson D.D. – Astrolabio Roma

Psicologia generale (2008), Feldman R.S. – McGraw-Hill Milano

Allegati interessanti



Fasi 1 e 2: pre-aggressione

Le fasi 1 e 2 sono caratterizzate da segni prodromici quali tensione e irrequietezza.

L'evento aggressivo puo' essere scatenato da:

- Percezione della mancaanza di alternative.
- Presenza di fattori di provocazione (veri o presunti) come insulti o derisioni.
- Esperienza di fattori stressanti maggiori
- Disinibizione indotta da sostanze.

Fasi 1 e 2: pre-aggressione

Occorre prendere in esame i correlati verbali e non verbali dell'aggressività:

- contrattura della muscolatura facciale, stringere i pugni, serrare i denti, sguardi minacciosi;
- minacce verbali, aumento del volume della voce;
- aumento dei comportamenti motori macroscopici quali gesticolazione, passeggiare rapidamente;

2. Fase dell'escalation

- Approccio verbale mirato alla riduzione progressiva della posizione violenta.
- Avviare una negoziazione che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi ma ne devi il percorso comportamentale.
- Una manovra aggiuntiva può essere l'allontanamento dal contesto soprattutto quando fattori ambientali contribuiscono a determinare la condizione di crisi.

3. Fase critica

- E' il punto culminante di eccitamento.
- L'attenzione va focalizzata sulla sicurezza e sulla riduzione delle conseguenze.
- L'intervento non deve essere condotto sul presupposto della possibilità di una risposta razionale, ma fondarsi sulla scelta di opzioni sintetiche (contenimento, fuga, autoprotezione).
- L'aggressione vera e propria consiste nell'atto violento con le sue immediate ripercussioni fisiche e psicologiche sulla vittima.

3. Fase critica

Durante questa fase si attivano importanti contenuti emotivi:

PAZIENTE

- Momento della gratificazione per diminuzione dello stato di arousal
- Rinforzo temporaneo dell'autostima
- bassa autostima, depressione cronica,

OPERATORE

- Sentimenti di frustrazione ed inadeguatezza

4. Fase di recupero

- Graduale ritorno alla linea basale.
- È una fase delicata perché interventi intempestivi (volti all'elaborazione dell'episodio) possono scatenare una riacutizzazione della crisi.
- Occorre mantenere un monitoraggio attivo ma distante, senza sollecitare il paziente con stimoli inopportuni (fare accedere il paziente in un ambiente isolato e mantenere un'osservazione costante).

5. Fase della depressione post- critica

Compaiono nel paziente emozioni negative, legate a sentimenti di colpa, vergogna o rimorso.

- Recettività per interventi di carattere psicologico, volti all'elaborazione dell'evento.
- Il confronto con la vittima è un momento molto utile, per evitare che sedimentino reazioni e controreazioni che possono inquinare il rapporto.
- La discussione dell'evento è un elemento di forte rassicurazione ed ha un'azione preventiva contro lo sviluppo di sentimenti di paura e di rivalsa.

Benzodiazepine

- Efficaci **nel controllo a breve termine** degli episodi acuti di aggressività;
- Buona risposta in un ampio spettro di diagnosi: schizofrenia, demenza, oligofrenia, disturbi di personalità;
- Minore incidenza di reazioni paradosse con Oxazepam;
- In aggiunta agli antipsicotici negli schizofrenici con “eccitamento persistente”.