

# LA DIFFICOLTA' NELLA RELAZIONE CON PAZIENTI CON AGGRESSIVITA' VERBALE E NON



FORMAZIONE DI PSICHIATRIA DEL 27/3/2018  
ZONA NORD

# Cos'è l'aggressività?

“quella disposizione istintiva che orienta a conquistare e a difendere un proprio territorio fisico, psichico e sociale nelle sue forme più diverse; o, in altri termini, quell'istinto che guida a riconoscere, ad affermare e a proteggere la propria identità”

MARINA VALCARENGHI (Psicanalista)

Può manifestarsi sia sotto forma verbale (con insulti, minacce e linguaggio scurrile), sia sotto forma fisica (il soggetto grida, piange, lancia oggetti, picchia, cerca di mordere o graffia).

Per alcuni studiosi dipende da fattori innati: si nasce con l'istinto di aggredire.

Per gli ambientalisti, invece, l'aggressività è un fattore acquisito.

Una delle prime teorie psicologiche sull'aggressività, la teoria della **frustrazione-aggressività**, sosteneva invece che “la frustrazione conduce sempre a qualche forma di aggressività” (frustrazione= qualunque cosa impedisca di raggiungere un determinato scopo ed essa cresce quando la motivazione a raggiungere l'obiettivo è molto forte).

## CENNI STORICI E PROCESSI DI CURA

# LA GESTIONE DELL'AGGRESSIVITA' NEL PAZIENTE PSICHIATRICO (IERI E OGGI)

- ▶ 1500: Inizia l'internamento della persona aggressiva, espulsa dal sistema sociale
- ▶ Sacro & profano: il «folle» è tale poiché punito da Dio... altre volte, di Dio ne è la voce. L'aggressività viene in genere interpretata come possessione demoniaca (la «purificazione» avveniva all'interno di monasteri anziché in luoghi di cura)
- ▶ 1656: Apre in Francia l'Opital General e di seguito i manicomi (reclusione, elettroshock, lobotomia, bagno freddo,... )
- ▶ 1800: La psichiatria diviene branca della medicina. Il paziente aggressivo è oggetto di studio scientifico, gli viene riconosciuta una dignità e il manicomio diviene luogo di cura.
- ▶ Fine '800/inizio '900: Freud & Jung
- ▶ 1978: Legge Basaglia – La chiusura dei manicomi e l'avvento di una nuova psichiatria.
- ▶ Oggi: Lavoro di équipe, lavoro di rete e percorsi di cura finalizzati a riportare il piu' alto livello di indipendenza e autosufficienza.

# LE PATOLOGIE CARATTERIZZATE DA COMPORTAMENTI VIOLENTI

## ▶ PSICHIATRICHE:

E' da precisare che l'aggressività, quale tendenza ad attaccare e distruggere gli altri, è presente in diversa misura e per differenti motivazioni, in tutti i disturbi psichiatrici.

Schizofrenia, sindrome affettiva bipolare, disturbi deliranti, disturbi di personalita'.

## ▶ TOSSICHE:

Alcol, allucinogeni, analgesici, amfetamine, anticolinergici, antidepressivi, antipsicotici.

## ▶ NEUROLOGICHE E MEDICHE:

Epilessia, encefaliti, emorragia cerebrale, demenza, tumori cerebrali, ipossia ipertensione, ipoglicemia, ipo/ipertiroidismo, encefalopatia epatica, insufficienza renale.



# PREDITTORI DI RISCHIO

- ▶ Sesso maschile (maggiore frequenza e gravità)
- ▶ 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 e alcol (fattori disinibenti)
- ▶ Ritardo mentale o danni cerebrali (anche lievi)
- ▶ Eventi stressanti (isolamento sociale, problemi economici, cambiamenti improvvisi)

# PREDITTORI DI RISCHIO

- ▶ **PSICOSI:** Ideazione delirante, allucinazioni uditive, concomitante abuso di alcol e/o sostanze, fasi di acuzie del quadro clinico (in particolare pensiero paranoide o allucinazioni), fasi di ricovero, scarsa aderenza al trattamento.
- ▶ **MANIA:** Ideazione delirante di grandezza o persecutoria, disorganizzazione del pensiero, tentativi di contenimento o limitazione dei progetti.
- ▶ **DISTURBI DI PERSONALITA':** antisociale, borderline, paranoide; storia di abusi fisici subiti durante l'infanzia o altri tipi di violenza subiti in famiglia.
- ▶ **Storia di precedenti comportamenti violenti:** tentato suicidio, guida pericolosa, comportamenti sessuali a rischio,...

# FATTORI SCATENANTI

- ▶ Intensificazione di una stimolazione avversa
- ▶ Disinibizione indotta da sostanze
- ▶ Percezione della mancanza di alternative, la solitudine, la disperazione, la pretesa dell'operatore di «controllare l'altro»
- ▶ Presenza di fattori di provocazione (veri o presunti) come insulti o derisioni.
- ▶ Esperienza di fattori stressanti maggiori (recenti perdite, eventi catastrofici)

# COME L'OPERATORE PUÒ REAGIRE ALL' AGGRESSIVITÀ?

LE REAZIONI EMOTIVE, CHE INTERVENGONO IN FORMA DI DIFESA, SONO FINALIZZATE AD UNA GESTIONE DELL'ANSIA CHE DERIVA DALLA COMPLESSITÀ E DALLA CONFLITTUALITÀ DELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE VIOLENTO.

I SENTIMENTI CHE L'OPERATORE PROVA NEI CONFRONTI DEL PAZIENTE VIOLENTO SONO NUMEROSI:

PAURA: TIMORE PER LA PROPRIA INCOLUMITÀ E DEL PAZIENTE

FRUSTRAZIONE : NON SAPERE COME REAGIRE CORRETTAMENTE ALLA SITUAZIONE

RABBIA : VERSO L'AGGRESSIONE VERBALE E NON

DELUSIONE : PER IL COMPORTAMENTO DEL PAZIENTE

INSICUREZZA : TIMORE DI COME EVOLVERÀ LA SITUAZIONE

INADEGUATEZZA

TUTTI QUESTI SENTIMENTI NON SONO DI FACILE GESTIONE.

GENERALMENTE LO SCOPO DEI MECCANISMI DI DIFESA È QUELLO DI PRODURRE UNA BARRIERA PROTETTIVA PER PRESERVARE LA PROPRIA STABILITÀ EMOTIVA; ESSI POSSONO PERÒ PRESENTARE DEGLI ASPETTI NEGATIVI QUANDO SI SVILUPPANO IN MODO ECCESSIVO.



# COME COMUNICARE IN CASO DI AGGRESSIVITÀ

## ► VERBALE

- Utilizzare un volume della voce basso e toni pacati
- Utilizzare un linguaggio in accordo con il livello socioculturale della persona
- Verificare di essere stato capito
- Non rimproverare
- Offrire cibo o bevande o una sigaretta può essere d'aiuto
- Non argomentare o provare a convincere il soggetto
- Non usare espressioni radicali "no" "non si può"
- Cercare di essere comprensivi con i sentimenti e le emozioni
- Non chiedere il perché (potrebbe essere provocatorio), fare domande su come e quando

## ► NON VERBALI

- Non sorridere ma neppure esprimere rabbia o paura
- Togliersi cravatta, la sciarpa, la collana
- Non incrociare le braccia
- Mantenere sempre il contatto visivo senza mostrare paura
- Non lasciare la persona da sola
- Mai dare le spalle
- Evitare il contatto fisico anche bonario, potrebbe essere scambiato per un gesto aggressivo
- Non tenere le braccia nascoste

# LA GESTIONE DELL'AGRESSIVITA'

L'UTENTE COME PERSONA DA ACCUDIRE, UN SOGGETTO PORTATORE DI SPECIFICI BISOGNI, CHE SI POSSONO ESPRIMERE IN MODO BIZZARRO O DISTORTO, TALORA CON MANIFESTAZIONI AGGRESSIVE

## Ruolo dell'infermiere



- Cercare di prevenire eccessive manifestazioni aggressive
- Offrire al pz la possibilità che la sua aggressività si esprima



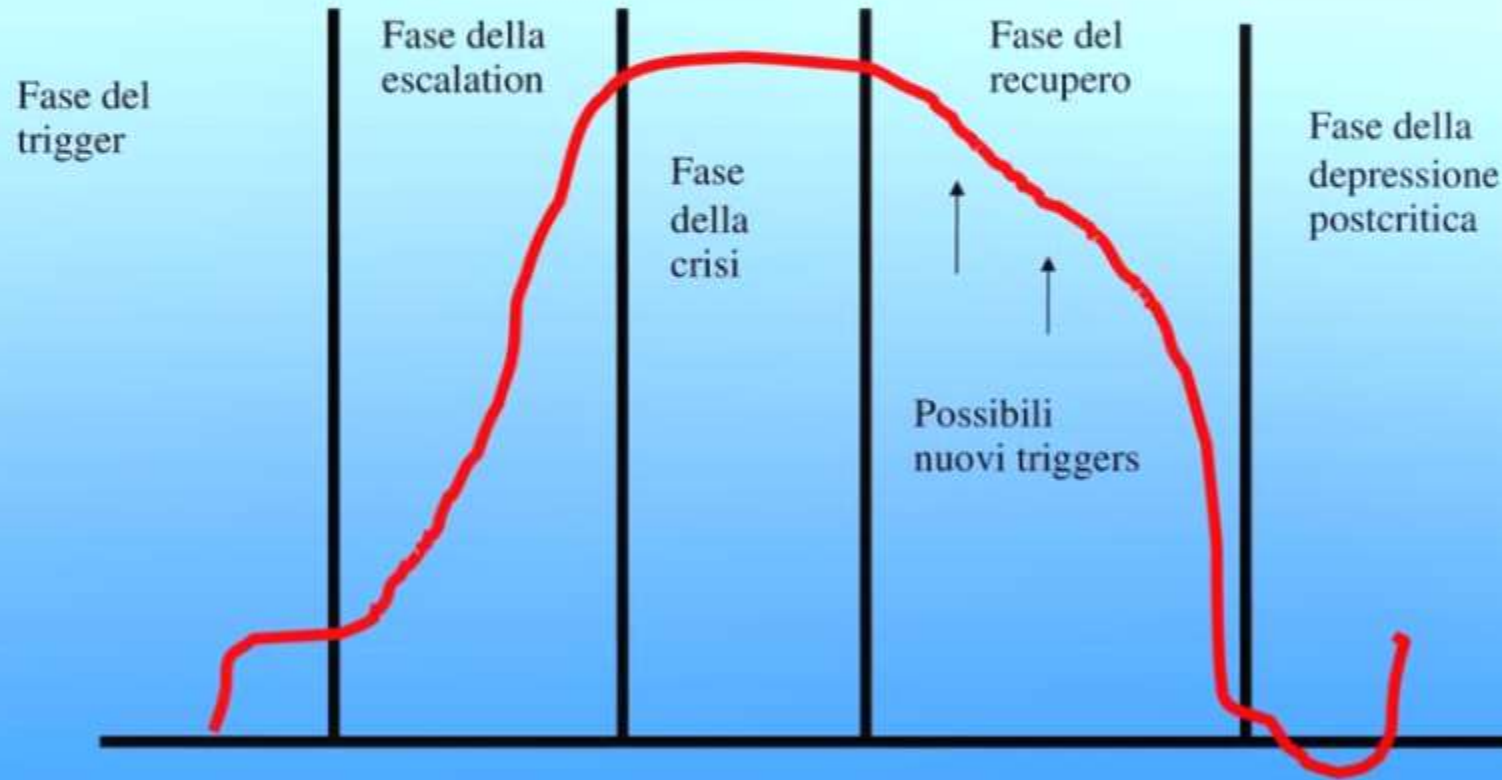
### Capacità dell'operatore

- Capacità di non cadere nel panico
- Capacità di comprendere che tipologia di contenimento mettere in atto (psicologico, chimico)
- Riuscire ad intervenire sia in situazioni di prevedibilità che di emergenza



**FONDAMENTALE E'  
L'EQUIPE**

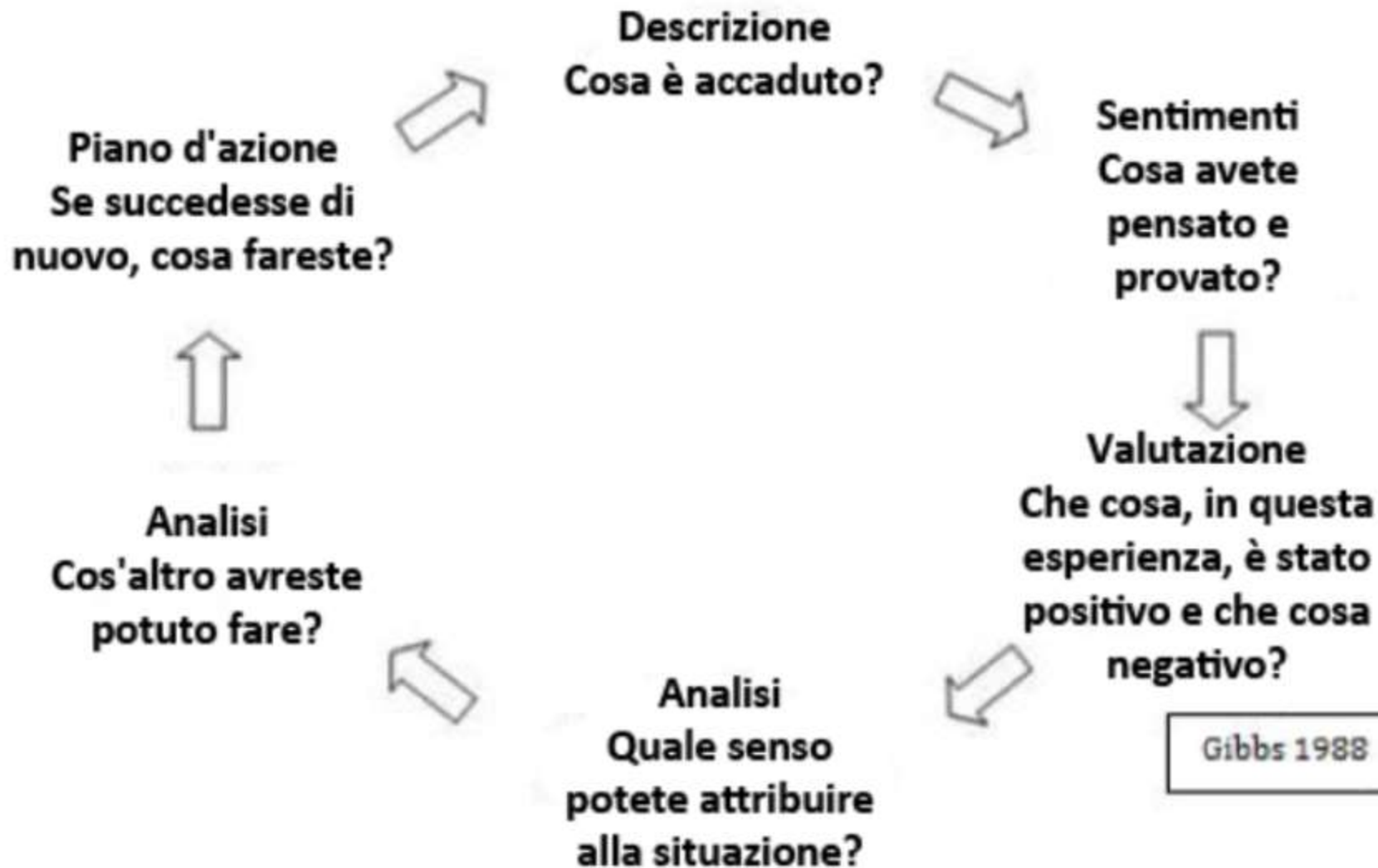
# Il ciclo dell'aggressione



Comportamento di base

(Maier e Van Rybroek, 1995)

# Modello di riflessione di Gibbs



# Dati anagrafici

- ▶ NOME : X
- ▶ COGNOME: X
- ▶ DATA DI NASCITA: 1965
- ▶ STATO CIVILE: Separata



## DIAGNOSI

- ▶ Sindrome schizo affettiva con intelligenza limite e compromissione comportamentale
- ▶ Abuso di sostanze stupefacenti
- ▶ Dislipidemia e obesità

## ANTECEDENTI DIAGNOSTICI

- Tentamen (2009), conseguenti fratture multiple
- Episodi di autolesionismo
- Pregresso abuso etilico
- Sincope di origine ortostatica con trauma cervicale e cranico DD: equivalente epilettico
- Malattia epilettica nota

# Anamnesi Remota

- ▶ Utente di 50 anni, separata, buoni i rapporti con ex marito (il quale da alcuni mesi è stato istituzionalizzato)
- ▶ Seguita da circa 25 anni dallo psichiatra, in questo lasso di tempo è stata ricoverata circa settanta volte.
- ▶ In passato veniva seguita dal servizio e successivamente dal servizio privato, supporti che nel tempo l'utente ha disdetto.
- ▶ Nel corso degli anni ha cambiato diversi curatori generali
- ▶ Ha lavorato per diversi anni presso il laboratorio di assemblaggio. Automunita, ha tuttavia rinunciato all'uso della macchina a seguito di un incidente avvenuto nei mesi scorsi.
- ▶ E' presente un'importante storia abbandonica che si riflette nei comportamenti attraverso soventi richieste d'attenzione.

# Anamnesi Remota

- ▶ Svariati episodi di autolesionismo (con tentamen suicidale da defenestramento nel 2009). L'utente tende a non ricordarlo come un tentato suicidio, tende a descrivere l'episodio come una situazione accidentale (non ci tiene ad approfondire)
- ▶ Nell'estate del 2016 riferisce di aver assistito al defenestramento di un'amica (deceduta in tale episodio) e, a distanza di poco tempo, la morte di uno zio.
- ▶ Nello stesso periodo si è recata sui binari del treno, riferendo in seguito di averlo fatto come atto dimostrativo, minimizzando l'accaduto. Si è reso qui necessario un ricovero.
- ▶ L'ultima degenza risale al giugno 2017, su scompenso psichico
- ▶ Ultimo ricovero in gennaio 2018, su esiti di riferita assunzione di cocaina



# Anamnesi Presente

- ▶ L'utente presenta una difficoltà di coping e una difficoltà di elaborazione delle informazioni ricevute, con una non piena criticità nei confronti della sua patologia psichiatrica. Frequente richiesta di attenzione.
- ▶ E' consapevole di vivere un disagio psichico ma non è in grado di prenderne coscienza piena
- ▶ In situazioni frustranti cerca aiuto dai curanti, con urgenza, vive stati di ansia, e a volte si relaziona manifestando aggressività verbale e non
- ▶ Durante le crisi la mimica facciale esprime apatia, rabbia
- ▶ Portamento e gestualità minacciosa
- ▶ Danneggiamento di cose materiali
- ▶ Riferisce di aver visto dal vivo il defenestramento della sua amica. Racconta che durante il giorno vive spesso quelle immagini

# Anamnesi Presente

- ▶ Riferisce di aiutarsi con l'utilizzo di sostanze stupefacenti.
- ▶ Riferisce che spesso molto spesso, la sera, riceve visita da amici i quali la istigano a far uso improprio di alcol e droghe (chiedendole del denaro)
- ▶ Richiesta sovente della terapia di riserva (Akineton IM)
- ▶ Non accetta di buon grado la terapia neurolettica depot
- ▶ Si irrita facilmente da decisioni mediche o infermieristiche negative rispetto alle sue richieste, sfociando in aggressività verbale, per poi scusarsi e vivere il senso di colpa.
- ▶ Presenti anche episodi di aggressività verbale nei confronti del curatore (generalmente a seguito di richieste di denaro negate)
- ▶ A volte rifiuta le prestazioni, motivando che la persona la indispette
- ▶ Contatta l'ufficio per cambi di personale o per orari.

# Interventi ACD

- ▶ Preparazione della terapia settimanale in cassetta di sicurezza, presso la sede
- ▶ Passaggi quotidiani, mattina e sera per la somministrazione della terapia. Visite di controllo. Sostegno.
- ▶ Controllo salute 1/7
- ▶ Economia domestica 1/14

# Fattori Scatenanti

- ▶ Quando non le si manda personale maschile
- ▶ Se non conosce il personale
- ▶ Se non viene rispettata la fascia oraria
- ▶ Quando al suo domicilio si presenta un operatrice che non gradisce
- ▶ Se si va in casa con personale in formazione
- ▶ Rivolgendosi con il Lei
- ▶ Se presente il contatto fisico
- ▶ Se viene contraddetta quando richiede la terapia in riserva

# Processo Infermieristico

- ▶ Raccolta delle Informazioni.
- ▶ Discussione con l'equipe
- ▶ Individuare la problematica
- ▶ Stabilire l'obiettivo da raggiungere
- ▶ Mettere in atto le strategie



# Obiettivo

- ▶ L'utente nelle fasi di escalation, grazie alle strategie e alle tecniche di De escalation messe in atto dal personale formale, diminuirà/ridurre l'intensità della tensione e aggressività nella relazione, nel breve tempo.


# Strategie preventive

- ▶ Cosa dice la letteratura
- ▶ Contributo da parte del personale specializzato ( psichiatra, specialista in psichiatria).
- ▶ Conoscere l'utente, avere una buona consegna ( tramite la cartella clinica, o verbale), la sua anamnesi, diagnosi.
- ▶ Mantenere delle persone di riferimento, passaggio dell'inf. specializzato in modo sovente
- ▶ Condividere il proprio vissuto nella fase di escalation ( paure, richieste di non andare dall'utente)
- ▶ Non darle del Lei
- ▶ Non avere in contatto fisico
- ▶ La relazione come un buon strumento terapeutico

# Bibliografia/Sitografia

- ▶ Professione infermiere nei servizi psichiatrici. Dalla teoria alla prassi. Tacchini M A (1998), ed. Masson
- ▶ Errore e apprendimento nelle professioni d'aiuto. Sicora A (2010). Maggioli
- ▶ MANIFESTAZIONI DELL' AGGRESSIVITA' NELLE VARIE PATOLOGIE PSICHIATRICHE", Dr. Nicola Poloni, ricercatore di Psichiatria Università degli Studi dell'Insubria Varese, 18 febbraio 2014
- ▶ [www.valeriorosso.com](http://www.valeriorosso.com)
- ▶ Processo infermieristico: <http://slideplayer.it/slide/549556/>





IN PSICOPATOLOGIA E' FONDAMENTALE RAMMENTARE CHE UN  
PASSAGGIO ALLA VIOLENZA RILEVA UNA DOMANDA DI AIUTO,  
CIOE' TRADUCE LA SPERANZA DEL PAZIENTE DI OTTENERE  
UNA RISPOSTA DAL SUO DIRETTO INTERLOCUTORE