

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 più 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**

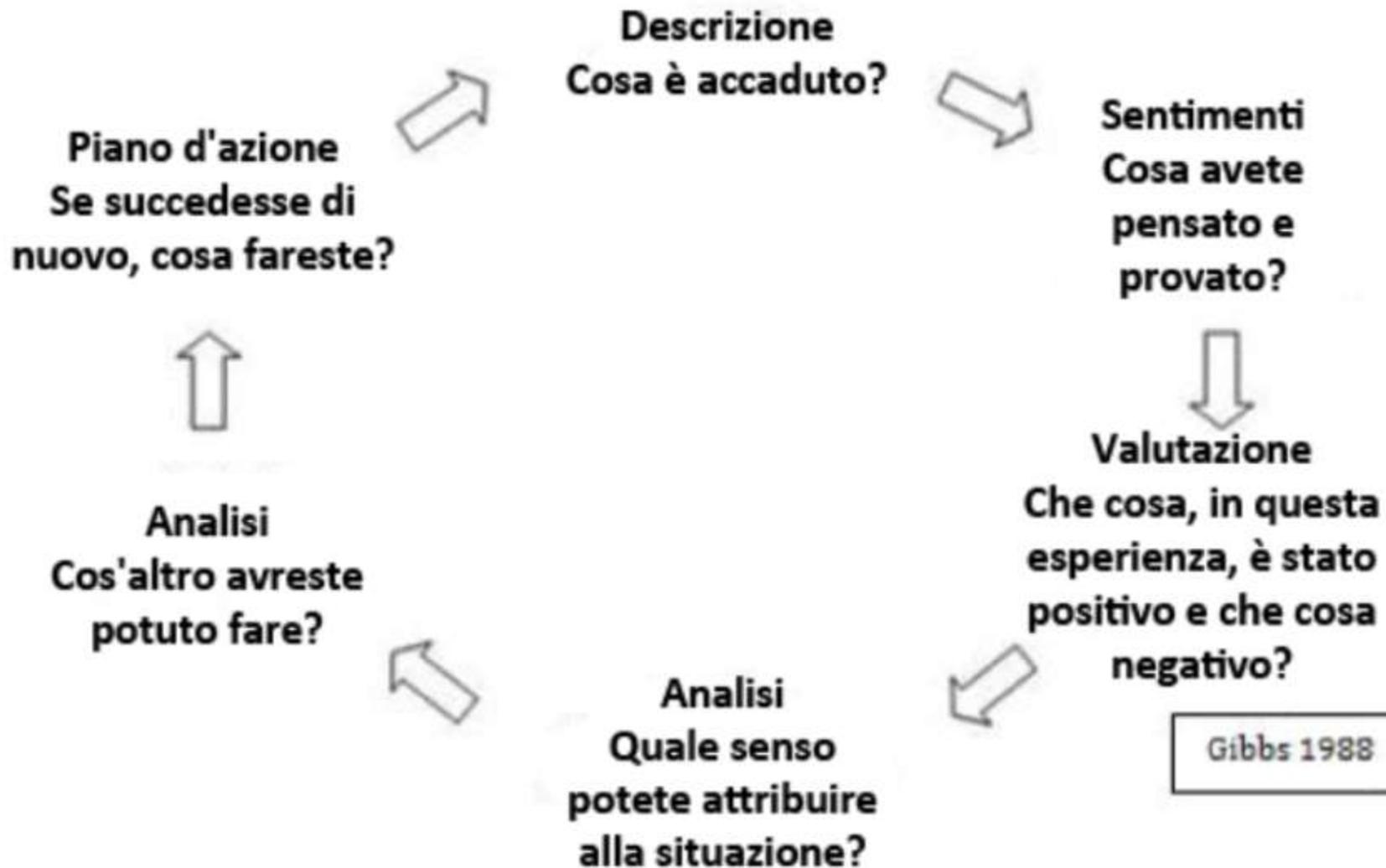
Il ciclo dell'aggressione



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.valeriososso.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