

La gestione del paziente aggressivo

Paolo Barelli

Funzioni della Vita Psichica

(Rappresentazione del modo di essere della persona)

- Controllo e soddisfa
- Controllo attività n
- Intelligenza
- Ansia
- Attenzione-Vigilanza
- Percezione
- Memoria
- Pensiero - Ideazione
- Comunicazione (**V-NV**)
- Coscienza
- Immagine corporea
- Affettività - Tono dell'Umore
- Volontà

Alterazione di una funzione u ***SINTOMO***

Vita Istintuale

Impulsi comportamentali innati regolati da:

PRINCIPIO DEL
PIACERE

x

Soddisfazione
Immediata

PRINCIPIO DI REALTA'

x

Soddisfazione Mediata e
Posticipata

4 Aree Istintuali

Comportamento Alimentare

Comportamento sessuale

AGGRESSIVITA'

Sonno

Aggressività

Spinta alla difesa di sé stessi ed alla creazione di uno spazio vitale

(Molla della sopravvivenza - Esperienza atavica)

FINALITA'

GARANTIRE la risposta ai propri
bisogni difendendosi dai pericoli

Aggressività nell'adulto occidentale

Accettata come normale:

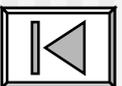
AGGRESSIONE VERBALE e nello SPORT

MODULATA in relazione alle situazioni

Patologica:

ASSENZA DI REAZIONI aggressive/rabbia

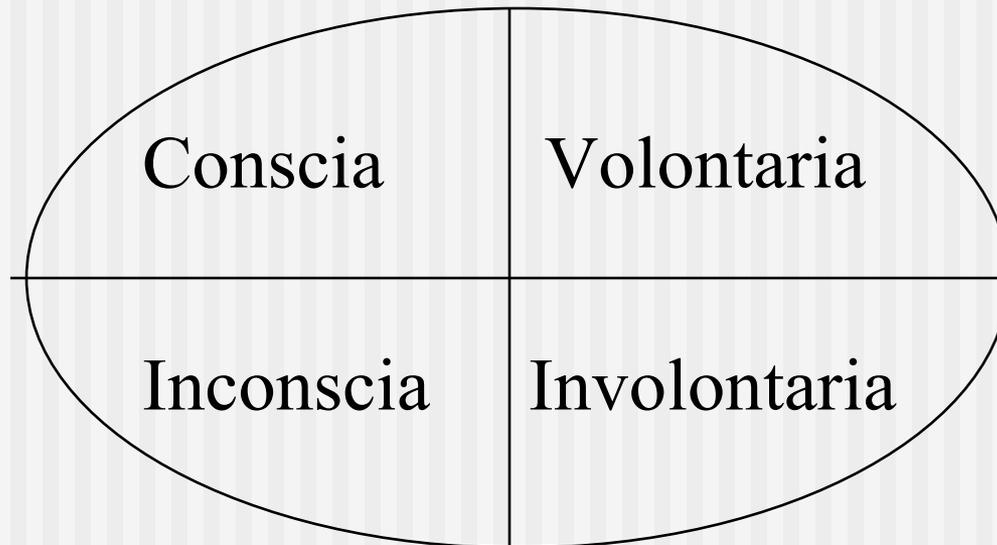
AGITI VIOLENTI



Controllo dell'attività motoria

Finalizzata a

- vita di relazione
- soddisfazione dei bisogni

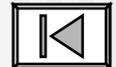


Agitazione Psicomotoria

Movimento afinalizzato

OBTV:

- Scaricare energia
- Esprimere aggressività



Ansia

Manifestazione dell'affettività

“Vissuto penoso, con senso di minaccia o pericolo rivolto a sé o dentro di sé, da una fonte ignota”

=

PAURA SENZA OGGETTO

Ansia come sentimento



Ansia vissuta

Ansia come segnale d'allarme

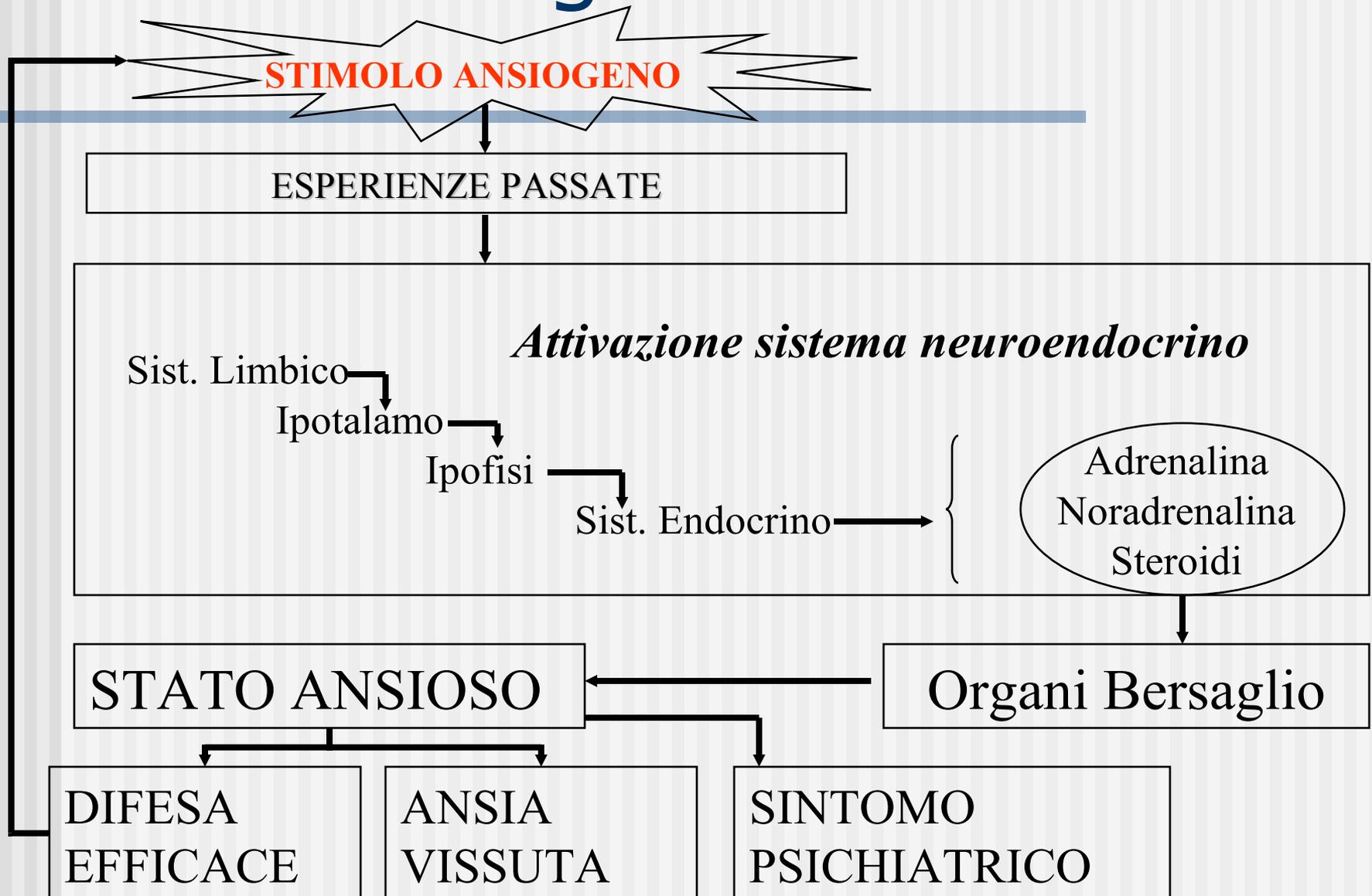


Attivazione difese

Teoria psicodinamica dell'ansia



Teoria etologica dell'ansia



Definizione di AGGRESSIONE:

Azione fisica o verbale energica ,
inappropriata e maladattiva, finalizzata al
raggiungimento di un interesse personale

MODALITA' DI MANIFESTAZIONE:

- VERBALE
- CONTRO LA PROPRIETA'
- CONTRO SE'STESSI
- CONTRO ALTRE PERSONE

Teoria dell'aggressione



Aggressione risultato di:

- Caratteristica della personalità → *Diagnosi, storia personale ...*
- Risultato dell'interazione Persona/Ambiente → *Atteggiamenti dello staff, stimoli dell'ambiente circostante ...*

FATTORI DI RISCHIO

INDIVIDUALI +

ATTITUDINALI +

SITUAZIONALI +

ORGANIZZATIVI +

AMBIENTALI =

AGGRESSIONE

Fattori di rischio (1): la persona

- **Fattori psico sociali**

Schizofrenia, ridotta tolleranza alle frustrazioni, carente controllo degli impulsi, confusione mentale, panico, delirio, allucinazioni, atteggiamento personale, incapacità di diversa espressione della rabbia

- **Fattori socio culturali**

Modelli di interazione familiare violenti, Intenso legame personale,

- **Fattori fisiologici**

Giovane maschio, Patologia cerebrale, Deficit nutrizionale, Ridotto livello ematico di neurolettici, Reazioni tossiche a farmaci

- **Fattori anamnestici**

Aggressioni recenti, Storia di comportamenti violenti, Storia di episodi di collera

Fattori di rischio (2): LA

PROVOCAZIONE

Fattori situazionali/ Ambientali

- *linee di condotta di reparto vaghe*
- *mancato coinvolgimento del paziente nel progetto di cura;*
- *Mancanza di privacy*
- *Conflittualità tra pazienti*
- *forzata adesione alle regole di reparto,*
- *necessità di scaricare energia;*
- *T.S.O.*
- *costrizione della libertà personale*

Fattori Interazionali

- *impreparazione del personale; mancato ascolto del paziente;*
- *mancato rispetto degli impegni da parte del personale;*
- *Provocazione deliberata*
- *Trascurare i pazienti*
- *atteggiamento aggressivo del personale;*
- *interazione dei pazienti;*
- *Misure restrittive costanti*
- *Eccesso nelle domande (= intrusività)*

LA PROVOCAZIONE

Il paziente che aggredisce percepisce le
VITTIME come PROVOCATORI
dell'aggressione



- Da parte dello Staff
- Dell'Ambiente
- Dell'Istituzione
- Dell'Organizzazione

Creare un ambiente a basso rischio di aggressione

1. Eliminare ogni fattore di provocazione

- *PROVOCAZIONE RELAZIONALE*
- *PROVOCAZIONE AMBIENTALE*

2. Identificare segni di aggressione imminente

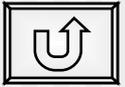
3. Ottenere la fiducia del paziente e rassicurarlo

4. Insegnare al paziente strategie per il controllo della tensione

Prevenire l'aggressione NELL'IMMEDIATO:

- RILEVARE segni premonitori 
- ATTIVARE meccanismi diretti a
RIDURRE I FATTORI DI
PROVOCAZIONE 

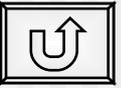
Segni premonitori



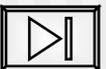
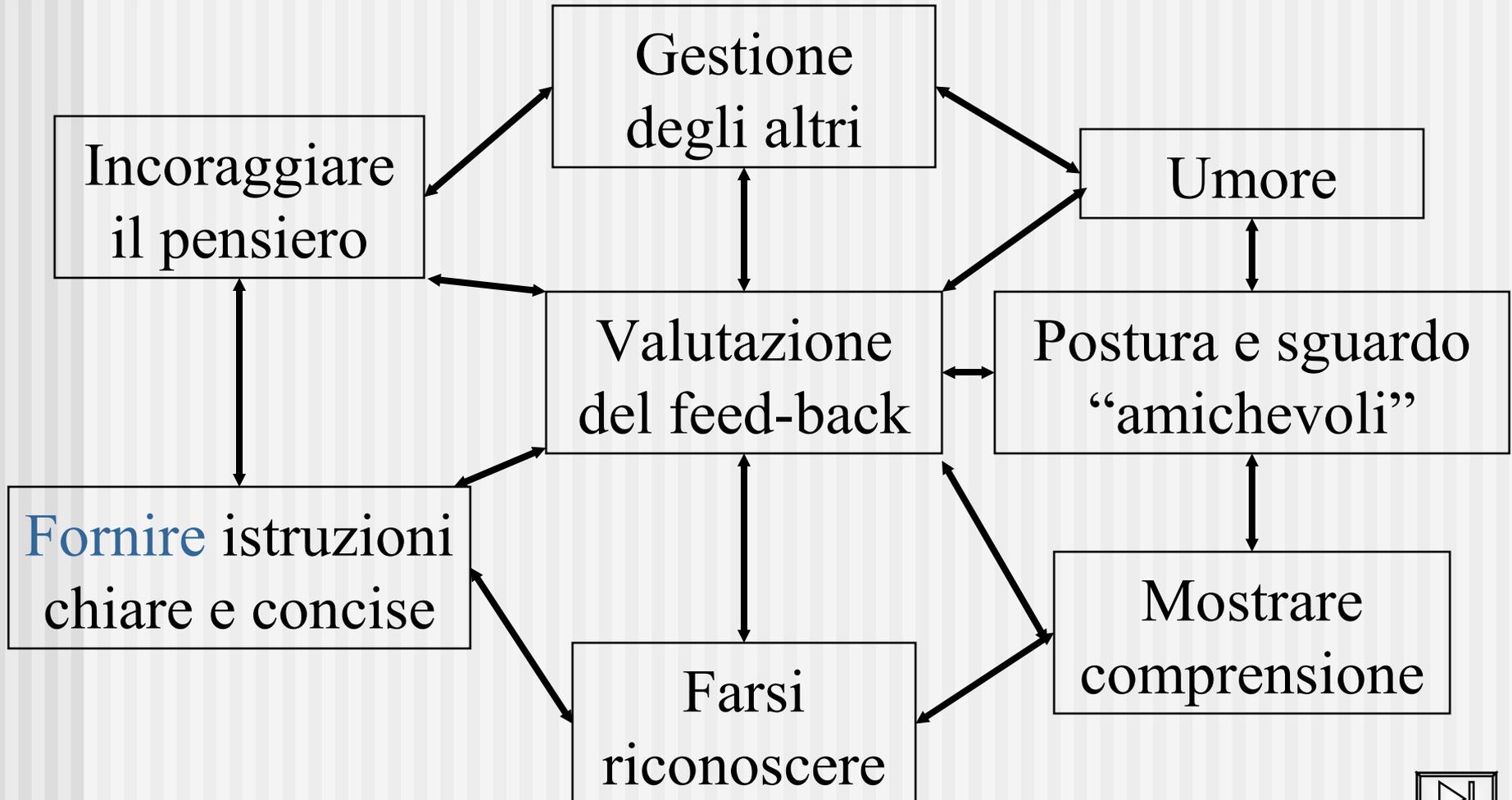
Sono segni **NECESSARI** ma **NON SUFFICIENTI**

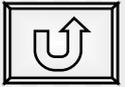
- Aumentato o prolungata
- Abusi verbali (*insulti, critiche violente ...*)
- Postura minacciosa
- Minacce verbali
- Alterazioni del livello di attività
- Vicinanza disagiosa
- Aumentato tono della voce
- Sguardo diretto negli occhi
- Sudorazione

OPERATORI hanno ruolo determinante di STIMOLO AVVERSIIVO



Tecniche di Raffreddamento della tensione





Gestione degli altri

■ DA FARE

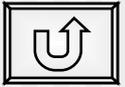
Usare gli altri a nostro vantaggio

cercare scuse per spostare l'attenzione in un'altra area

allertare i colleghi per far spostare gli altri pazienti

■ DA NON FARE

Spostare l'aggressore in un'area e trovarsi isolati e lontani da possibili aiuti



Incoraggiare il pensiero

■ DA FARE

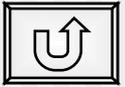
Domande con COME e QUANDO

cercare dettagli sulla rabbia per focalizzare la situazione sui problemi del paziente ed allontanarlo dall'intento dell'agito

■ DA NON FARE

domande con il PERCHE': viene percepito come provocatorio

Fornire istruzioni chiare e concise



■ DA FARE

essere concisi

essere assertivi

negoziare alternative

se c'è un arma dare
indicazioni chiare per
farla riporre in una
zona "neutrale"

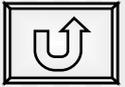
■ DA NON FARE

incoraggiare

all'aggressione

minacciare

fare promesse che non
si possono mantenere
solo per togliersi dalla
situazione



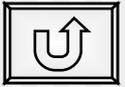
Postura e sguardo

■ DA FARE

lasciare ampio spazio
mettersi in un angolo
amichevole (apertura)
mantenere postura
aperta

■ DA NON FARE

tenere le mani dietro la
schiena o nelle tasche
tenere le braccia
incrociate
avvicinarsi bruscamente



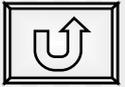
Farsi riconoscere

■ DA FARE

ricordare alla persona
chi si è

utilizzare termini come
NOI per enfatizzare la
cooperazione

■ DA NON FARE



Mostrare comprensione

■ DA FARE

annuire con la testa

mostrando che si sta ascoltando

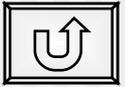
incoraggiare la persona a parlare ("si dimmi... vedo...")

■ DA NON FARE

usare frasi tipo

"calmati", o "non esser sciocco" perché vengono interpretate come dirette alla persona

denigrare la persona o sminuire il suo problema



Umore

- DA FARE

sottolineare le azioni
mostrare empatia

- DA NON FARE

sottolineare le emozioni
mostrare rabbia

Gestione dell'Aggressione

SUL PAZIENTE

1. Atterramento
2. Immobilizzazione
3. Somministrazione della terapia

NELL'AMBIENTE

1. Allertare il medico
2. Allontanare e rassicurare gli altri degenti
3. Preparare la terapia al bisogno
4. Predisporre il materiale per eventuale coercizione

Neurolettici più comuni

Classe di farmaci	Principio attivo	Nome commerciale	Effetto sedativo	Effetto Extrapiramidale
<i>Fenotiazine alifatiche</i>	Clorpromazina Levomepromazina Promazina	Largactil Nozinam Talofen	++ ++ ++	+ + +
<i>Fenotiazine piperidiniche</i>	Propericiazina Tioridazina	Neuleptil Melleril	+ ++	+ ±
<i>Fenotiazine piperaziniche</i>	Flufenazina Perfenazina	Moditen Trilafon	± ±	+++ +++
<i>Butirrofenoni</i>	Aloperidolo Bromperidolo	Serenase, Haldol Impromen	± ±	+++ +++
<i>Difenilbutil-piperidine</i>	Pimozide	Lorap	+	++
<i>Dibenzo-X-azepine</i>	Clotiapina Clozapina Olanzepina	Entumin Leponex Zyprexa	++ +++ ++	+ - -
<i>Benzamidi sostitute</i>	Levosulpiride Tiapride	Levopraid Sereprile	+ +	± ±
<i>Altri Farmaci</i>	Risperidone	Risperdal, Belivon	±	-

Tranquillizzazione rapida

- Ansiolitici e/o neurolettici ad azione sedativa **endovena**
(clorpromazina i/m rischio di cristallizzazione)

CAUTELE:

- Disponibilità farmaci e presidi per sostegno **funzioni vitali**
- Flumazemil e/v antidoto delle benzodiazepine per depressione respiratoria
- Antiparkinsoniani e antispastici per distonie acute

Superata la crisi

Favorire lo sviluppo di strategie di coping adattive per scaricare l'aggressività, l'ansia e l'energia accumulate.

Obiettivo a medio termine:

Verbalizzazione della rabbia e discussione delle modalità appropriate di gestire le frustrazioni

INTERVENTI

- Aiutare il paziente a identificare la fonte della rabbia;
- Aiutare il pz. a identificare le conseguenze della rabbia

MOTIVAZIONI

- Aiuta ad imparare a reagire ai problemi in modo non violento

Obiettivi a medio termine (2)

- Informare il paziente della sua responsabilità nel controllare il comportamento
Enfatizzare il fatto che è in grado di riconoscere l'emozione e di scegliere il modo di affrontarla
- Impegnare il paziente in un programma di esercizi fisici
- Rinforzare positivamente ogni volta che gestisce la rabbia senza violenza
- Per mezzo dell'educazione il paziente può imparare che ha più scelte per reagire alla rabbia
- Per scaricare l'energia fisica che accompagna l'aggressione
- I rinforzi positivi aiutano a proseguire nei comportamenti appropriati

Vissuti dell'infermiere

