L'esperienza degli infermieri che assistono pazienti aggressivi durante una crisi psicotica acuta

Paolo Barelli, Servizio Infermieristico, Ospedale di Trento – Azienda provinciale per i Servizi Sanitari di Trento

Introduzione

Violenza ed agiti aggressivi sono argomenti ampiamente trattati nella letteratura medica ed infermieristica relativa in ambito psichiatrico e di salute mentale, tuttavia essi sono diretti per lo più ad approfondire gli aspetti della gestione del paziente violento (Altschule, 1973; Turnbull et al., 1990; Balir, 1991; Whitley G.G. et al., 1996; Anderson M, 1997; Barelli et al., 1998; Vanderslott J., 1998;), o a individuare modalità affidabili di predizione dell'evento aggressivo (Morrison A., 1993; Finnema et al., 1994; Wittinghton R., Patterson P., 1996; Allen J, 1997; Beck P.R, Roy R., 1997; Johnson et al., 1997; Morton et al. 1997; Warren J., Beadsmoore A., 1997). Meno frequenti sono al contrario gli studi che affrontano il tema dell'esperienza del vissuto dell'infermiere coinvolto in un agito aggressivo. Questo studio si propone di indagare questo aspetto dell'aggressività cercando di descrivere il vissuto dell'infermiere che opera nei Servizi di Salute Mentale mentre assiste una persona che sta attraversando una crisi psicotica acuta con manifestazioni aggressive ed agiti violenti. In particolare la indagine si è focalizzata:

- a) sulle emozioni, le sensazioni e lo stato d'animo degli infermieri coinvolti in queste situazioni;
- b) sulle strategie messe in atto dagli infermieri per gestire tali emozioni;
- c) sulle strategie di intervento nell'approccio alla persona in crisi utilizzate dagli infermieri;
- d) sul supporto e sulle modalità di intervento dell'équipe;
- e) sulle influenze di tali episodi sull'atteggiamento nei confronti del lavoro.

Materiali e metodi

La natura del fenomeno indagato, il vissuto umano, ha richiesto l'adozione di una metodologia qualitativa di ricerca (Streubert H.J., Carpenter D.R., 1995).

La raccolta dati è stata effettuata per mezzo di una intervista semistrutturata ed audioregistrata con 20 domande guida. I partecipanti sono stati invitati a discutere liberamente il tema oggetto dello studio, utilizzando le domande come spunti per brevi racconti o considerazioni personali degli intervistati. L'analisi dei testi, successivamente trascritti, è stata condotta utilizzando la metodologia qualitativa della Grounded Theory (Glaser B. G., Strauss A.L., 1967).

La validazione dei risultati è stata ottenuta attraverso una discussione fra pari delle categorie tematiche individuate. Il gruppo di validazione è composto da infermieri specializzati in nursing di salute mentale.

I partecipanti

I partecipanti allo studio sono stati individuati fra infermieri con almeno un anno di anzianità di servizio presso un Servizio di Salute Mentale. E' stato individuato un campione di comodo di sette infermieri (cinque femmine e due maschi), tuttavia è stato possibile utilizzare solo cinque interviste, che hanno comunque consentito di riscontrare la ridondanza dei temi emersi (Streubert H.J., Carpenter D.R., 1995), per cui è stato ritenuto valido. L'accesso allo studio è stato di tipo volontario ed il consenso è stato ottenuto in forma verbale all'inizio di ciascuna registrazione.

Risultati

L'analisi del materiale raccolto, attraverso la clusterizzazione in gruppi omogenei delle tematiche emergenti ed il loro confronto, ha permesso di individuare 11 categorie tematiche generali, a loro volta suddivise in sottocategorie più o meno numerose, gran parte delle quali sono risultate in accordo con la letteratura. Gli aspetti concernenti più strettamente il vissuto emozionale dei partecipanti sono risultate essere:

- a) la attribuzione di significato e percezione dell'**aggressività**;
- b) la percezione e la gestione della sensazione di **pericolo**;
- c) la percezione e la gestione della sensazione di **paura e panico**;
- d) la percezione dell'**ansia**;

Di seguito sono descritte nel dettaglio le singole categorie come emerse dalle interviste.

Aggressività

Viene descritto come un modo di chiedere aiuto che fa parte della persona sofferente di disagio psichico, ma, facendo sentire in pericolo l'infermiere induce in questo un senso di frustrazione. Egli la gestisce attraverso la relazione interpersonale, ma assumendo delle precauzioni per la sicurezza personale

Pericolo

Viene descritto come una carica che permea l'ambiente, provocata dall'aggressività e che suscita nell'infermiere reazioni di difesa.

Paura e Panico

*Viene descritta come una condizione psicologica riferita alle proprie reazioni potenziali che provoca **gelo** e **paralisi**, la cui intensità dipende dallo stato d'animo dell'infermiere, dalla vicinanza fisica con la persona in crisi e dalla possibilità di difendersi fisicamente. E' percepibile da terze persone ed è condizionata anche dalla presenza di un collega, che viene vissuto come un contenitore nel quale diluire questa emozione. La paura viene gestita per mezzo della razionalizzazione, raggiunta prendendo tempo. Essa cessa non appena si entra in contatto relazionale con il paziente, il che fa calare la tensione ma ne segue un senso di disagio/vergogna per le emozioni provate prima del contatto. Il contatto permette di vedere sotto una nuova luce il paziente che appare nella sua fragilità.*

Ansia

Viene descritta come una sensazione simile alla paura ma non ha una causa direttamente individuabile. Insorge nel momento in cui si ha la percezione di una prossima potenziale situazione di pericolo e perdura anche a situazione risolta, per molto tempo.

Aggressività

Attribuzione di significato all'aggressività e sua percezione

L'aggressività fa parte della persona assistita, è quindi facile, ed ammesso, che egli la manifesti. In questi momenti infatti è sempre percepito il rischio potenziale di essere aggrediti. L'aggressione verbale non viene riconosciuta dagli intervistati come aggressione, ma fa insorgere comunque sensazioni di paura in chi assiste.

L'assistito utilizza l'aggressività per trasmettere il proprio malessere, per questo viene percepita dagli infermieri come una richiesta di aiuto, un aspetto da mettere in conto in questo lavoro. Questa affermazione è in accordo con lo studio di Finnema et al. (1994). Viene comunque ammessa la possibilità di comunicare oltre l'aggressività.

L'aggressività, in accordo con quanto affermato da Borzaga (1990) e Raffaelli (1993), non viene percepita sempre allo stesso modo dagli infermieri, ma varia in relazione al proprio stato psicofisico ed al momento della vita di équipe: in alcuni momenti ci si sente meno forti e più fragili che in altri. E' comunque sempre presente, nel momento immediatamente precedente l'aggressione, uno stato di forte ansia, con sensazione di impotenza e di offesa che devono essere mascherati davanti all'assistito.

Un episodio di aggressività quando esiste una relazione saldamente avviata fra infermiere ed assistito viene vissuto come un insuccesso o come un affronto e viene considerato un campanello d'allarme per la relazione. In questa situazione si vive un senso di ingratitudine e può subentrare un senso di demoralizzazione.

Gestione dell'aggressività

E' possibile evitare l'aggressione fisica avvalendosi della relazione, viene infatti gestita prendendo tempo, parlando al paziente, ed utilizzando anche la comunicazione non verbale.

L'atteggiamento aggressivo induce l'infermiere a prendere precauzioni per la sicurezza personale come ad esempio individuare preventivamente possibili vie di fuga.

Pericolo

Descrizione della sensazione di pericolo

La sensazione di pericolo insorge dopo manifestazioni aggressive soprattutto in seguito ad agiti verso oggetti. Viene descritta come una carica emanata nell'area nella quale avviene la scena, tutti i soggetti coinvolti sono visti come un sistema nel quale la tensione cresce in relazione allo stato ed agli atteggiamenti della persona in crisi.

Il pericolo è percepito anche indirettamente, quando l'infermiere direttamente esposto è un collega.

Emozioni suscitate dalla sensazione di pericolo

La sensazione di pericolo fa pensare alle cose più care, fa rimanere male e induce l'emozione della paura. Tuttavia non lascia tempo per pensare alle emozioni, ma fa focalizzare l'attenzione sulla individuazione di strategie per risolvere o fronteggiare la situazione.

Strategie di gestione della sensazione di pericolo

Suscita reazioni di difesa e induce a cercare l'aiuto di altri colleghi, cercando tuttavia di non darlo a vedere al paziente in quanto gli intervistati ritengono che questo possa influire negativamente sull'evoluzione della situazione.

Paura e Panico

Descrizione

La paura, in situazioni di pericolo, viene descritta insieme all'ansia come una scarica di adrenalina paralizzante che parte dalla punta dei capelli e scende fino ai piedi con sensazioni anche fisiche. La paura in queste situazioni viene descritta come uguale a quella provata in altre situazioni, ma molto più intensa.

Quando diventa panico può far perdere il controllo delle proprie azioni fino a scappare o compiere qualsiasi cosa pur di mettersi in salvo, infatti la cosa che fa maggiormente paura sono le proprie possibili reazioni alla paura stessa. E' descritta come irrazionale ed incontrollabile, e l'unico pensiero che fa sorgere è la fuga o la difesa.

Percezione

I partecipanti ritengono che la paura dell'infermiere possa essere percepita dall'assistito. E' comunque ritenuta una esperienza comune e naturale in queste situazioni.

Diminuisce d'intensità se si riesce ad entrare in contatto, ad instaurare una comunicazione, con la persona aggressiva; essa tuttavia aumenta se ci si trova in uno spazio ristretto o si è ad una distanza ravvicinata, nonché se ci si trova da soli a gestire la crisi.

La sensazione di paura viene correlata dai partecipanti alla condizione psicologia personale, allo stato d'animo ed alla conoscenza dell'assistito nonché alla maturità professionale ed al fatto di aver sperimentato la paura in altre occasioni.

Senso di gelo

La paura viene descritta come una sensazione di paralisi, di gelo del quale si è consapevoli e sul quale rimane focalizzato il pensiero. Una volta superata la situazione critica, questa sensazione si scioglie e si tramuta in rilassamento totale, stanchezza, senso di fiaticone. Un partecipante descrive questa sensazione come quella che si prova dopo aver salito di corsa una rampa di scale.

Senso di solitudine

La punta massima della paura la si percepisce quando ci si sente soli a gestire la crisi e quando viene a mancare la sensazione di contenimento da parte degli altri colleghi. Affrontare la situazione in più persone, condividendo la paura, dà la sensazione di diluirne l'intensità, lasciando maggior spazio per entrare in relazione con l'assistito.

Ricerca del contatto con il paziente

Entrare in contatto con il paziente fa calare la tensione e la paura, permette di rilassarsi e dà la sensazione di aver superato una difficoltà. Il rilassamento dell'infermiere viene trasmesso alla persona in crisi.

Entrando in contatto con la persona inoltre se ne percepisce la fragilità, mentre allo stesso tempo l'assistito percepisce la paura dell'infermiere.

Temporeggiare

Un'altra modalità di gestione della paura è quella di prendere tempo. I partecipanti ritengono che questa strategia possa aver evitato il verificarsi di fatti eclatanti, specie quando associati ad un corretto approccio relazionale. Il tempo guadagnato viene utilizzato per cercare strategie per superare la paura e per intervenire efficacemente. Inoltre prendere tempo viene descritto come una strategia d'intervento nella quale all'impulsività della persona in crisi viene contrapposta la riflessività dell'infermiere.

Le modalità riferite per prendere tempo sono descritte nel rallentare le operazioni che si devono eseguire (es. preparare la terapia al bisogno), il parlare al paziente.

Il tempo in questi frangenti viene percepito come lunghissimo anche quando si tratta di attimi.

Gestione della paura

I partecipanti si sentono scarsamente preparati a gestire la sensazione di paura e cerca di "digerirla" concentrandosi sulla razionalizzazione.

Ansia

Viene descritta come una sensazione simile alla paura ma non ha una causa direttamente individuabile. Insorge nel momento in cui si ha la percezione di una prossima potenziale situazione di pericolo e perdura anche a situazione risolta, per molto tempo.

Conclusioni

I dati emersi concordano generalmente con quanto riportato in letteratura.

Uno dei temi che emerge con maggior evidenza è la consapevolezza degli infermieri che la relazione è un aspetto fondamentale nella gestione della crisi. Attraverso la relazione infatti si aiuta la persona assistita a superare il momento di crisi in modo efficace, e l'infermiere riesce ad agire in modo più sicuro con minor difficoltà.

Le emozioni vissute nell'assistere persone aggressive risultano essere molto intense dolorose o spiacevoli, sono comunque ritenute importanti per permettere l'evoluzione del paziente, se l'infermiere riesce ad utilizzarle correttamente all'interno della relazione terapeutica.

Purtroppo dalle descrizioni appare che gli infermieri si sentono impreparati a gestire gli aspetti emotivi della relazione e si trovano ad operare in modo istintivo, basandosi sul buonsenso e sull'improvvisazione. In

questo modo i propri vissuti emotivi diventano addirittura ostacoli nella gestione della situazione e per l'assistenza alla persona in crisi.

Spesso anche il supporto della struttura o dell'équipe risulta essere lasciato alla spontaneità o comunque, anche quando è strutturato, appare inadeguato.

Emerge dunque la necessità di intervenire dal punto di vista della formazione per fornire agli infermieri impegnati nei servizi di salute mentale di strumenti più efficaci di gestione delle proprie emozioni. Appare altresì necessario un intervento di natura organizzativa teso alla creazione di momenti strutturati nei quali sia effettivamente possibile attuare la condivisione dei carichi emotivi ed una supervisione del proprio operare. La dove questo è già possibile andrebbe comunque verificata periodicamente l'efficacia di tali attività.

Bibliografia

Altschule, 1973;

Turnbull et al., 1990;

Balir, 1991;

Whitley G.G. et al., 1996;

Anderson M, 1997;

Barelli et al., 1998;

Vanderslott J., 1998;

Morrison A., 1993;

Finnema et al., 1994;

Wittington R., Patterson P., 1996;

Allen J, 1997;

Beck P.R, Roy R., 1997;

Johnson et al., 1997;

Morton et al. 1997;

Warren J., Beadsmoore A., 1997

Glaser B. G., Strauss A.L., *the discovery of Grouded Theory. Strategies for qualitative research.* Gruyter 1967;

Streubert H.J., Carpenter D.R., 1995

Borzaga (1990)

Raffaelli (1993)