

PREVENZIONE, OD IL MANTENIMENTO SOTTO CONTROLLO, DELLE SITUAZIONI DI RISCHIO DETERMINATE DA PAZIENTI CON NOTE DI AGGRESSIVITÀ

X NORME DA SEGUIRE

PREMESSA

La presente procedura regola le operazioni da eseguire per prevenire, o mantenere sotto controllo, possibili situazioni di rischio determinate da pazienti con note di aggressività.

X OGGETTO DELLE ISPEZIONI

- tutti gli ambienti ed i locali con destinazione d'uso a Centro Psico Sociale
- gli arredi e le suppellettili presenti
- gli impianti tecnologici

X COMPETENZE E AZIONI

- La gestione delle azioni seguenti è organizzata dai **RESPONSABILI DELLA GESTIONE SANITARIA** delle **STRUTTURE TERRITORIALI**, ed attuata dagli **OPERATORI PRESENTI**.
- Dissimulare l'esistenza di eventuali casseforti, ed impedirne l'uso in presenza di pazienti.
- Verificare, e porre in atto le necessarie azioni perché nel C.P.S. gli arredi e le suppellettili presenti non possano essere usate come armi improprie (quadri con vetri, posacenere, sedie, piantane per flebo)
- Determinare l'apertura al pubblico solo in presenza di due o più operatori.
- I pazienti con storie cliniche di pregressi atti aggressivi, od i pazienti al primo colloquio, è opportuno che siano sentiti e visitati in presenza di due operatori.
- Custodire i materiali utilizzabili a scopo etero-auto lesivo, come farmaci, coltelli, forbici, attrezzi per attività occupazionali o riabilitative, in locali chiusi ed accessibili solo al personale dipendente.
- La gestione delle azioni seguenti è attuata dagli **OPERATORI**.
- Attuazione della procedura.

X ALLEGATI

IL PAZIENTE AGGRESSIVO

- Il ciclo dell'aggressione
- Linee guida sul comportamento da tenere in caso di paziente aggressivo

DIAGNOSI E TRATTAMENTO DEL COMPORTAMENTO VIOLENTO IN PSICHIATRIA

- Il giudizio di pericolosità

X IL PAZIENTE AGGRESSIVO

IL CICLO DELL'AGGRESSIONE

Il ciclo dell'aggressione, che schematizza le fasi tipiche che si succedono in un episodio di aggressività, è fondato sul riconoscimento che alla base di qualunque atto di aggressività vi è una attivazione psicofisiologica che comporta cambiamenti somatici e psicologici, primariamente cognitivi, che si producono in relazione alla percezione di una minaccia; da ciò deriva un intervento di desensibilizzazione mirato e progressivo, volto a ridurre e contenere, attraverso azioni specifiche per le diver-

se fasi, lo svolgersi del ciclo dell'aggressività (la cosiddetta escalation). Il modello del ciclo dell'aggressività enfatizza le diverse possibilità di un intervento appropriato e differenziato in cinque fasi:

1. Fase del fattore scatenante. Il ciclo inizia con un primo scostamento dal baseline psicoemotivo della condizione ordinaria. Comportamenti verbali ed espressivi (mimici e comportamentali) rendono percepibile l'avvio del processo.
2. Fase della escalation contraddistinta da una ulteriore deviazione dal baseline. In questa fase le probabilità di successo degli interventi sono legate alla tempestività con cui vengono messi in atto. Schemi appropriati di intervento in questa fase prevedono l'utilizzo del cosiddetto talk down (vedi nota), approccio verbale mirato al contenimento progressivo del paziente tramite il riconoscimento positivo e affermativo delle sue istanze e l'avvio di una procedura di negoziazione che recepisca il contenuto emotivo e razionale della crisi ma ne devii il percorso comportamentale. Una manovra aggiuntiva, in questa fase, può essere l'allontanamento dal contesto, soprattutto quando fattori ambientali abbiano contribuito a determinare la condizione di crisi.
3. Fase critica. Viene raggiunto il punto culminante di eccitamento. L'attenzione deve essere focalizzata sulla sicurezza e sul contenimento delle conseguenze. L'intervento non deve essere condotto sul presupposto della possibilità di una risposta razionale, ma piuttosto fondarsi sulla scelta di opzioni sintetiche e massimali: contenimento, fuga, autoprotezione.
4. Fase del recupero. E' caratterizzata dal graduale ritorno al comportamento normale del baseline, ma con un livello di arousal ancora elevato e potenzialmente recettivo a nuovi fattori scatenanti. Rappresenta la fase più delicata perché interventi troppo precoci volti all'elaborazione dell'episodio possono scatenare una riacutizzazione della crisi.
5. Fase della depressione post-critica, contraddistinta dalla comparsa nel paziente di emozioni negative legate a sentimenti di colpa, vergogna o rimorso. Si stabilisce una recettività per interventi di carattere psicologico volti all'elaborazione dell'evento verificatosi, alla risoluzione dei sentimenti più gravi, come la colpa, e alla comprensione razionale delle circostanze che hanno scatenato l'incidente.

La gestione in acuto non può essere separata da importantissime considerazioni sulla sicurezza. Ogni azione tesa a ridurre e porre sotto controllo un comportamento aggressivo, potenzialmente o attualmente violento, dovrà essere effettuata in condizioni di garanzia per gli operatori e per il paziente. Un contributo determinante alla sicurezza è dato dall'applicazione di norme pratiche precise relative al contesto in cui si svolge l'azione, ambulatorio, reparto o domicilio del paziente; alcune sono di carattere generale e riguardano la prevenzione come la scelta dei materiali di arredamento per il reparto o l'ambulatorio. Le altre riguardano più da vicino l'atteggiamento degli operatori che si confrontano con il paziente aggressivo (8). Il confronto con il paziente protagonista di comportamento aggressivo provoca sentimenti di ansietà e paura, che possono innescare comportamenti di diffidenza, con evitamento del paziente in questione o stabilendo nei suoi riguardi una distanza relazionale che ne accresce il senso di isolamento sociale.

Da qui la necessità di considerare la risoluzione dei sentimenti controtransferali una condizione specifica per la continuazione del trattamento del paziente che si sia dimostrato aggressivo. Dal punto di vista del paziente, la risposta psicologica all'aggressione compiuta è spesso di implicita soddisfazione. Il venire meno della tensione attraverso un'affermazione di prestanza fisica non poche volte costituisce una esperienza sintonica in grado di agire da rinforzo per quel comportamento, contribuendo ad iscriverlo nel pattern dei comportamenti sociali abituali. E' utile un colloquio di confronto tra il paziente aggressore e la vittima, sia essa un operatore o un altro paziente, per evitare la scotornizzazione dell'evento, circostanza che accrescerebbe il senso di sicurezza del paziente nei confronti della vittima.

NOTA

L'intervento di talk down può tenere conto delle seguenti indicazioni operative: non molestare, ne minacciare, o comunque assumere un atteggiamento negativo verso il paziente; non invadere lo spazio occupato dal paziente, quindi mantenere una distanza utile; stabilire un contatto verbale; usare frasi brevi, dal contenuto molto chiaro; servirsi di un tono di voce caldo e rassicurante; rivolgersi al paziente usando il suo cognome; ridurre la tensione dichiarandosi d'accordo con quanto sostiene il paziente; non polemizzare o contrastare; continuare a dichiararsi d'accordo con i contenuti espressi e fare subito presenti le proprie prescrizioni; porre il paziente di fronte a delle scelte alternative in modo da impegnarne l'attenzione e distrarlo dall'originario programma motorio; quando l'agitazione comportamentale è ridotta porre crescenti limiti fino al ristabilirsi del controllo e quindi della sicurezza (Maier e Van Rybroek, 1995).

BIBLIOGRAFIA

1. Maier GJ, Van Rybroek GJ. Managing countertransference reactions to aggressive patients In: Eichelman BS, Hartwig AC, eds. Patient's Violence and the Clinician. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1995: p 73-104.
2. Eichelman BS. Strategies for Clinician Safety. In: Eichelman BS, Hartwig AC, eds. Patient's Violence and the Clinician. Washington, DC: American Psychiatric Press Inc; 1995: p 139-54.
3. Dubin WR, Lion JR. Clinician Safety . Report of the American Psychiatric Association Task Force on Clinician Safety. Washington, DC: American Psychiatric Association Press Inc; 1993.
4. Tardiff K. The Risk of Being Attacked by a Patients: W ho, How Often, and Where? In:Eichelman BS, Hartwig AC, eds. Patient's Violence and the Clinician. Washington, DC:American Psychiatric Press Inc, 1995: p 13-20.
5. Carmel H, Hunter H, Staff injuries from inpatients violence. Hosp Community Psychiatry 1989; 40: 41-6.
6. Dubin WR, Wilson SJ, Mercer C. Assaults against psychiatrists in outpatients settings. J Clin Psychiatry 1988; 49: 338-45.
7. H atti S, Dubin WR, Weiss KJ. A study of circumstances surrounding patient assaults on psychiatrists. Hosp Community Psychiatry 1982; 33: 660-1.
8. Corrigan PW, Yudofsky SC, Silver JM. Pharmacological and Behavioral

X LINEE GUIDA SUL COMPORTAMENTO DA TENERE IN CASO DI PAZIENTE AGGRESSIVO

Il trattamento d'emergenza di un paziente aggressivo o che è stato protagonista di episodi violenti risente di Numerosi fattori. Lo staff di pronto soccorso o delle istituzioni esterne, può esercitare sul medico una forte pressione affinché intervenga rapidamente impedendogli così di effettuare una valutazione approfondita; quest'ultima può essere ostacolata anche da sentimenti di paura o di collera che il paziente può indurre nello psichiatra.

Il paziente non deve essere umiliato o trattato in modo tale che si senta rifiutato, le sue richieste vanno sempre discusse e deve essergli consentito di operare alcune scelte, come ad esempio, dove preferisce sedersi; l'offerta di una bevanda o di una sigaretta può, in alcune circostanze, contribuire a calmare un paziente agitato. Prima di rivolgere domande specifiche riguardanti l'aggressività, è importante essere riusciti a sviluppare un certo rapporto con il paziente. Quando poi si rivolgono tali domande, queste dovrebbero essere franche ed espresse in modo diretto. Durante l'approccio con il paziente occorre rassicurarlo che si desidera aiutarlo a tenere sotto controllo gli impulsi violenti. Nel puntualizzare i limiti precisi del setting non bisogna apparire minacciosi o in collera, altrimenti il paziente potrebbe percepire ciò come una conferma che egli è ancora pericolosamente fuori controllo; queste limitazioni possono riguardare l'utilizzo di sedativi o, quando necessario, della contenzione fisica. Il rispetto dello spazio personale è un elemento importante e al paziente deve essere offerto, pertanto, un luogo che presenta adeguato spazio fisico; i soggetti paranoidi, in particolare, possono sentirsi minacciati all'interno di una normale distanza interpersonale. Nel trattamento acuto occorre tenere presenti i seguenti aspetti. Parlando con il paziente è opportuno utilizzare un linguaggio calmo e misurato infondendo tranquillità, sdrammatizzando, ma senza minimizzare i sintomi presentati e ricordandosi di rispettare l'identità

del malato, chiamandolo per cognome e dandogli del "Lei" senza ironia o derisioni.

- La presenza di personale di sesso opposto a quello del paziente può calmarlo specie se ha delle preoccupazioni omosessuali.
- Qualora il paziente riferisca la sua paura di poter perdere il controllo gli si dovrebbe dare atto che questa è una condizione spiacevole.
- Se appare evidente che il paziente non presenta consapevolezza di quanto sia minaccioso o irritato, il medico dovrebbe aiutarlo a riconoscere cosa sta accadendo senza porsi in competizione con lui.
- Nel trattamento di soggetti che sembrano ipercontrollati bisogna cercare di individuare gli eventi stressanti che hanno portato alla frustrazione e alla rabbia represses, cosicché il paziente possa evitare ulteriori accessi.
- Nel rapporto con il paziente bisogna evitare di apparire minacciosi anche attraverso il linguaggio non verbale che può essere espresso dal corpo.