

PSICOLOGIA CLINICA

Università degli Studi di Bari - Scuola di Medicina

Corso di Laurea in infermieristica

Corso integrato: Scienze Umane

1° anno – 2° semestre

A.A. 2020-21

Sede di Lecce

SECONDA PARTE



Docente: Pietro DURANTE

Dipartimento Salute Mentale A.S.L. LECCE

Responsabile C.S.M. Maglie

L'adolescenza



Pubertà e Adolescenza

Pubertà= sviluppo dei caratteri sessuali secondari

Adolescenza= sviluppo psicologico



Cos'è l'adolescenza?

- Il periodo di transizione tra la fanciullezza e l'età adulta. Si configura come un percorso con almeno 3 criticità psichiche detti:

Cambiamenti primari:

- Cambiamento di status
- Maturazione puberale
- Sviluppo intellettuale

Risultati evolutivi normali

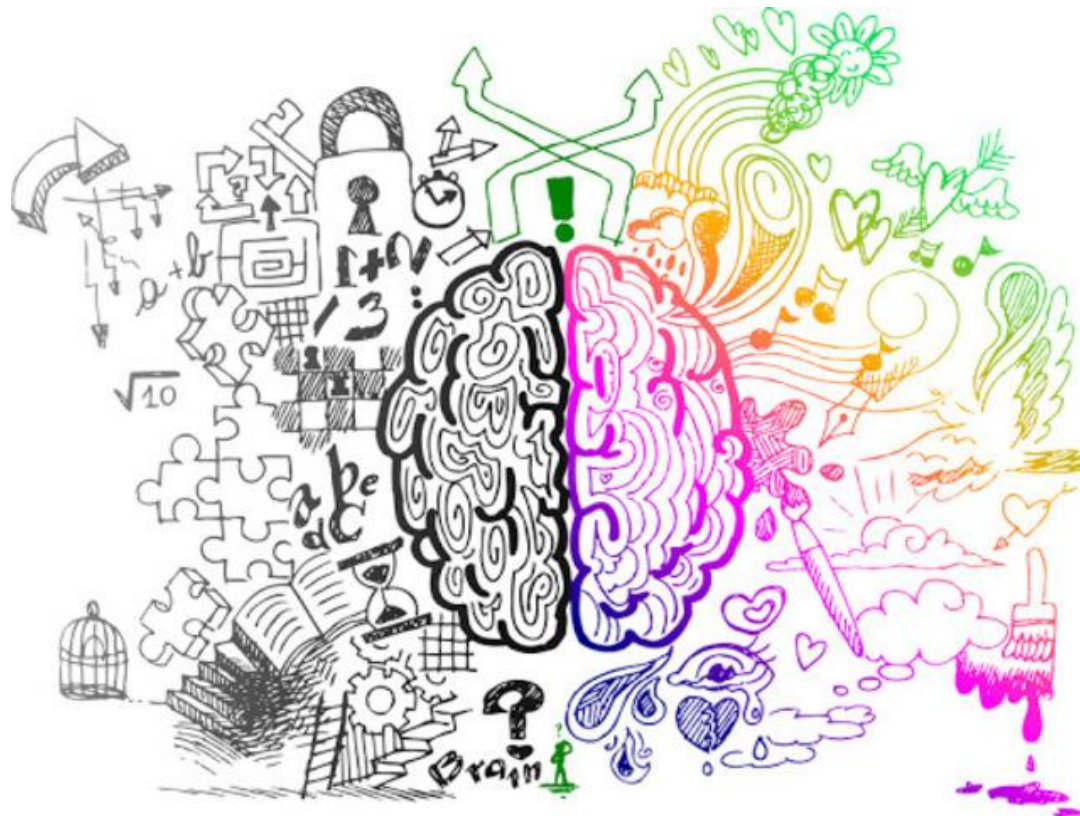
1. Cambiamenti relazionali con genitori, partner intimi, comunità
2. Sviluppo dell'identità
3. Situazione emotiva con benessere psicologico e autostima
4. Comportamento competente nella scuola, nel lavoro, nel sociale

Che cos'è l'affetto

- Termine psicoanalitico che indica l'espressione qualitativa della quantità di energia pulsionale.
- Stato di sentimento caratterizzato da un lato da innovazioni corporee, dall'altro da un peculiare disturbo del decorso rappresentativo.

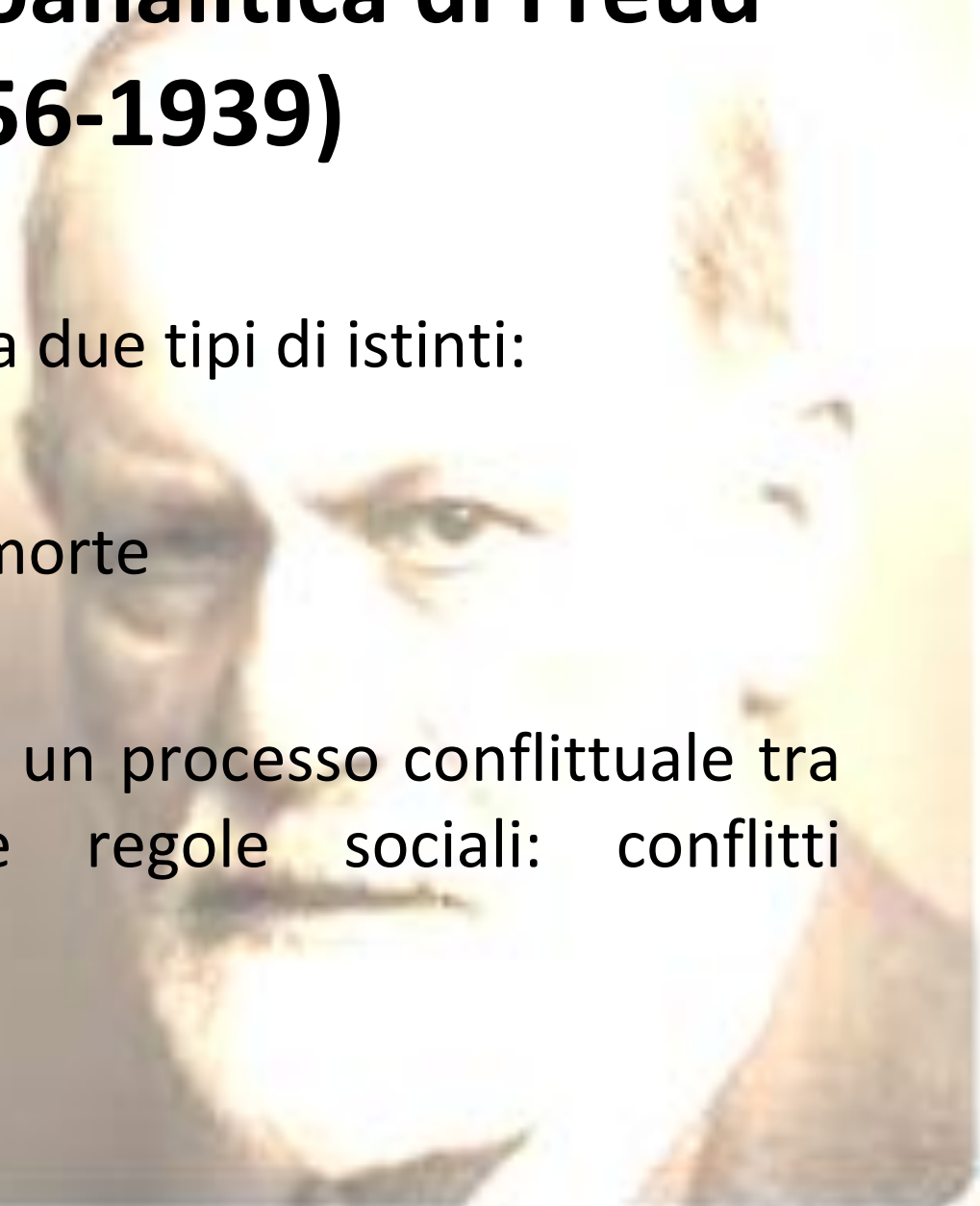
Che cos'è l'emozione

- Reazione affettiva intensa con insorgenza acuta e/o di breve durata determinata da uno stimolo ambientale



La teoria psicoanalitica di Freud (1856-1939)

- Il neonato è mosso da due tipi di istinti:
 - Eros= istinto di vita
 - Tanathos= istinto di morte
- Lo sviluppo umano è un processo conflittuale tra bisogni biologici e regole sociali: conflitti biosociali.



Tre componenti della personalità: Es, Io, Super Io

Struttura	Dinamica	Topografia
Es	Principio del piacere	Sede pulsionale su base biologica
Io	Principio di realtà	Meccanismo di mediazione
Super Io	Principi morali	Componente costituita dai principi morali internalizzati

Stadi dello sviluppo psicosessuale

Stadio orale	Piacere attraverso la bocca	Da 0 a 1 anno
Stadio anale	Piacere attraverso il controllo degli sfinteri	Da 1 a 3 anni
Stadio fallico	Complesso di Edipo e di Elettra	Da 3 a 6 anni
Periodo di latenza	Repressione	Da 6 a 12 anni
Stadio genitale	Maturità sessuale	Dai 12 anni in poi

Sviluppo cognitivo e adolescenza

- Sviluppo della logica
- Proporzioni e analogie
- Pensiero ipotetico-deduttivo
- Operazioni di combinazione e primato del possibile sul reale

Conseguenze dello sviluppo cognitivo

- Costruzione di teorie, adesione a visioni del mondo
- Sensibilità all'incoerenza
- Indecisione
- Egocentrismo adolescenziale
- Pubblico immaginario e fiaba personale
- Cambiamenti nell'immagine di sé
- Giudizio morale



GRUPPO DEI PARI

Gruppi formali
(sport, politica,
chiesa...)

Gruppi informali
(maggiore sostegno
dai coetanei)

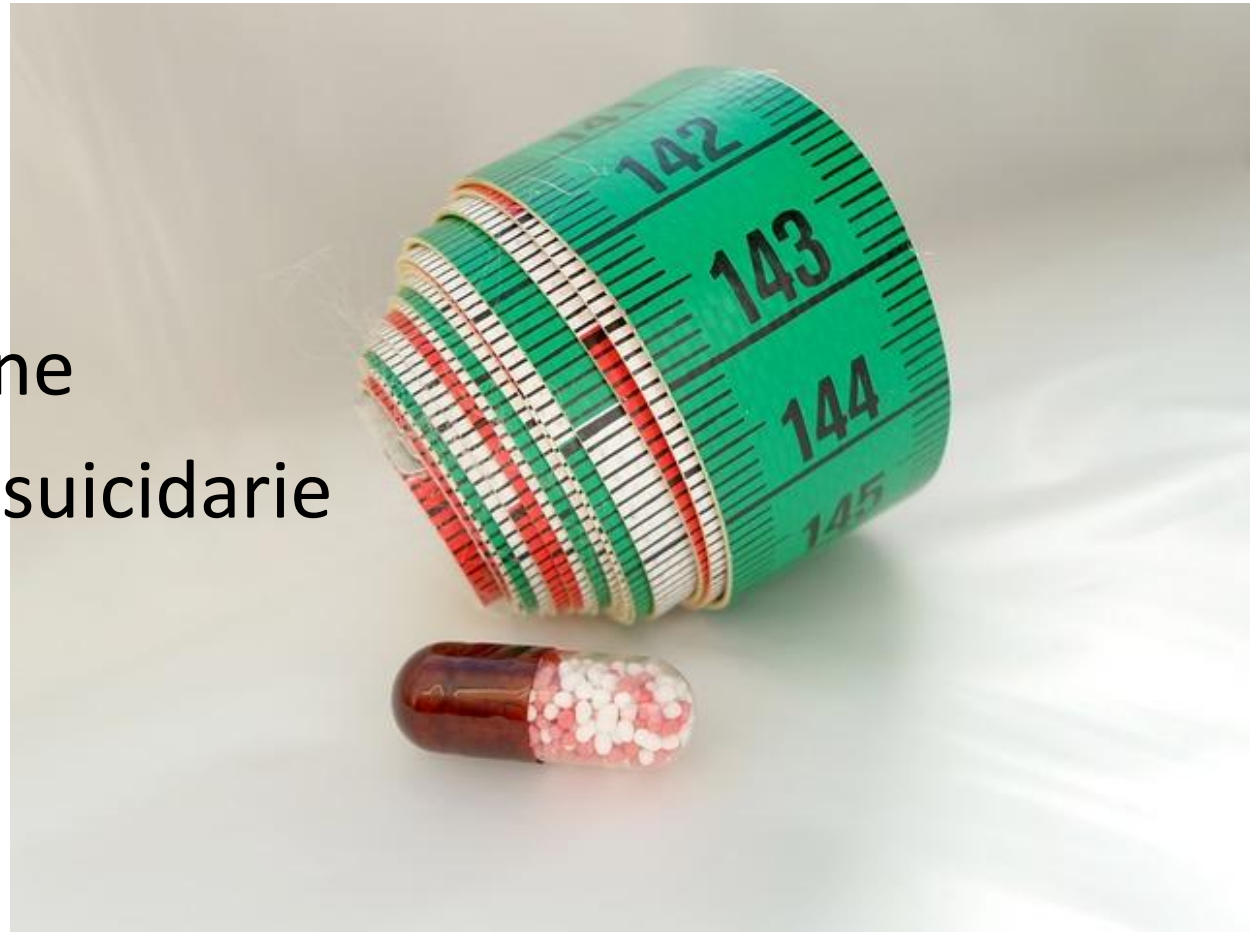
Atteggiamenti aggressivi

- Fumo
- Alcool
- Droga
- Bullismo



Patologie comportamentali

- Anoressia
- Bulimia
- Depressione
- Tendenze suicidarie



Psicogeriatría e Psicologia dell'invecchiamento

ETA' GERIATRICA

Fase del ciclo di vita che ha inizio a partire dai
65 anni

- Anziano giovane: 65-75 anni
- Grande anziano: >75 anni

- Anziano sano: non ha patologie
- Anziano malato: richiede cure mediche e/o psichiatriche

SENESCENZA

(processo di invecchiamento)

Graduale declino delle funzioni di tutti gli apparati dell'organismo
(cardiovascolare, respiratorio, genitourinario, endocrino, immune)

Falso Mito: l'età avanzata è invariabilmente associata a profonda infermità intellettuale e fisica.

Buona parte delle persone anziane conserva a un livello considerevole le proprie capacità cognitive e le funzioni fisiche

COMPITI DI SVILUPPO

- Integrità personale
 - Soddisfazione v.s. disperazione nei riguardi della vita vissuta
- Mantenimento della stima di sé
 - Lotta contro il danno narcisistico causato dalle perdite biologiche, psicologiche e sociali
- Abbandono delle posizioni di autorità
 - conciliazione con coloro che ora la rivestono
- Accettazione della morte altrui e dell'approssimarsi della propria

PROBLEMI EMOZIONALI dell'ANZIANO

- TEMA PREDOMINANTE: **PERDITA** (persone care, prestigio e condizione lavorativa, salute, capacità fisiche e mentali)

L'energia impiegata nel rattristarsi, superare il dolore e adattarsi ai cambiamenti è notevole.

DEPRESSIONE con disturbi mnesici, di concentrazione, capacità di giudizio, irritabilità (diagnosi differenziale con Demenza senile)

Prendersi cura

(non solo “TRATTAMENTO”)

- RICONOSCERE I PROPRI SENTIMENTI-PRECONCETTI VERSO LA VECCHIAIA
- RICONOSCERE I SENTIMENTI E I BISOGNI DELL'UTENTE ANZIANO
- ridefinire l'idea della vecchiaia:
 - ✓ FASE DELLA VITA
 - ✓ C'È ANCORA SPAZIO E TEMPO PER CAMBIARE
 - ✓ RICERCARE IL SENSO DEL PROPRIO ESISTERE E DEL PROPRIO AGIRE

L'ASSISTENZA AL PAZIENTE TERMINALE

La capacità di assistere con efficacia e compassione i malati terminali dipende dalla consapevolezza dei propri atteggiamenti verso la morte e l'agonia

- Se ci si concentra sul controllo e sull'eradicazione della malattia, morte e pz terminale diventano il nemico.



equivalgono a un proprio fallimento



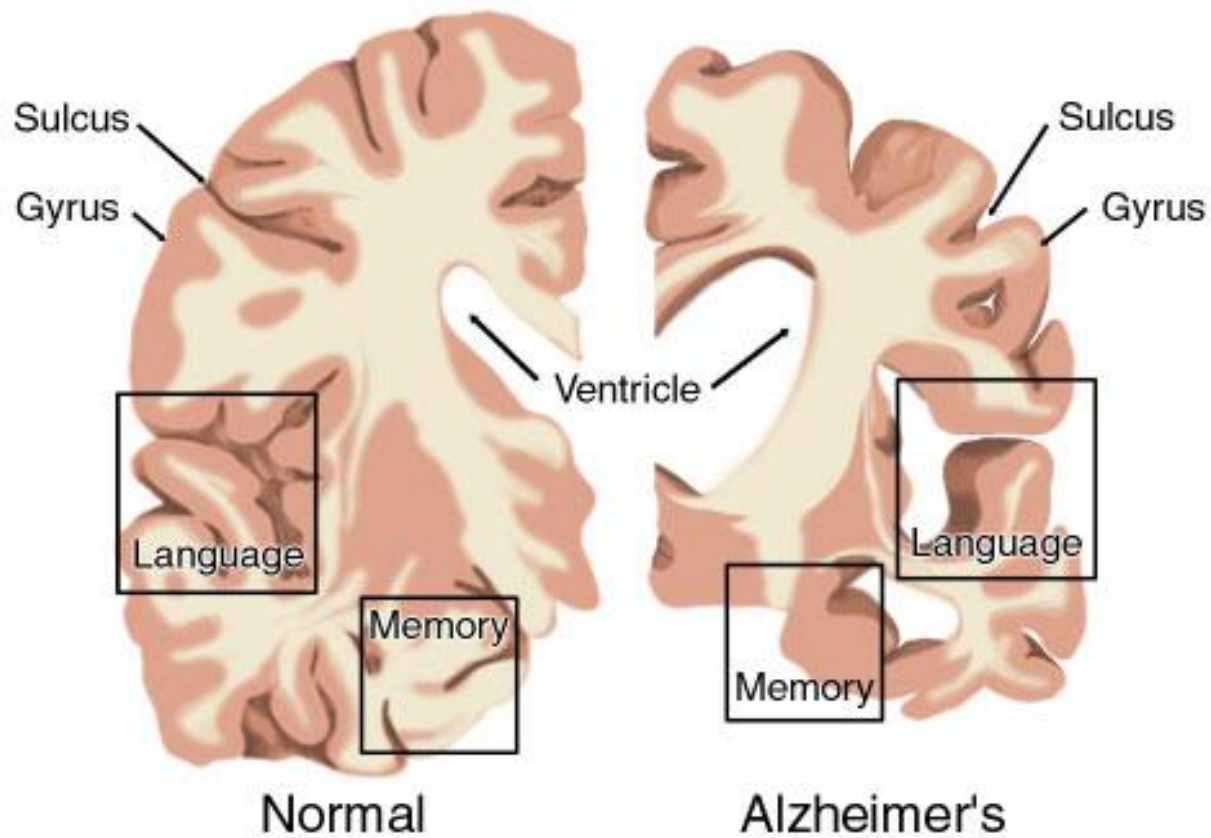
evitamento, irritazione, paura

L'ASSISTENZA AL PAZIENTE TERMINALE

- ⇒ Fornire in interesse compassionevole e un aiuto continuativo:
- visite regolari, sguardo diretto, tocco appropriato
 - Disponibilità ad ascoltare e a fornire informazioni
 - Onestà e discrezione (rispettare ciò che i pz vogliono sapere)
 - Incoraggiare, laddove possibile, una consapevolezza condivisa di diagnosi, terapia e prognosi

DISTURBI NEUROCOGNITIVI (Demenze)

Brain Cross-Sections



Disturbi Neurocognitivi

Criteri DSM V

- A. Evidenza di declino cognitivo significativo in uno o più domini cognitivi, rispetto a livello di performance precedente
- B. Il deficit cognitivo interferisce con l'indipendenza del soggetto nelle attività quotidiane

In base alla severità dei deficit riscontrata ai test neurocognitivi e all'impatto sul funzionamento del paziente si determina la severità del disturbo (lieve, moderato, severo)

CLASSIFICAZIONE EZIOLOGICA DELLE PRINCIPALI FORME DI DEMENZA

Demenze primarie (degenerative)

Senza segni motori prevalenti

- Demenza di Alzheimer
- forme presenili (prima dei 65 anni)
- forme senili (dopo i 65 anni)
- Demenza fronto-temporale

Con segni motori prevalenti

- Demenza a corpi di Lewy
- Parkinson-demenza
- Paralisi sopranucleare progressiva*
- Degenerazione cortico-basale*
- Corea di Huntington*
- * più rare nell'anziano

Demenze secondarie

- Demenza vascolare
- multi infartuale (grandi infarti corticali)
- sottocorticali (infarti lacunari, leucoaraiosi)
- Idrocefalo normoteso
- Disturbi endocrino-metabolici (soprattutto ipo ed ipertirodismo)
- Malattie infettive ed infiammatorie del SNC
- Sostanze tossiche (alcool, metalli pesanti)
- Stati carenziali (Vitamina B₁₂, folati, tiamina, malnutrizione)
- Processi espansivi endocranici (neoplasie, ematomi, ascessi)
- Varie (trauma cranico, insufficienza cardiaca e respiratoria)

Mini-Mental State

PUNTI

PUNTI

Orientamento

- 1- In quale (anno) (stagione) (giorno del mese) (giorno) siamo? (punt max =5)
- 2- Dove siamo? (stato) (regione) (città) (ospedale) (piano) (punt max =5)

Memoria a breve termine

- 3- Dire il nome di 3 oggetti: un secondo per ciascuno. Chiedere quindi al paziente di ripeterli tutti e 3 subito dopo che gli sono stati detti. 1 punto per ciascuna risposta corretta (punt. Max =3)
Ripeterli tutti e 3 finchè non li ha appresi.
Indicare il numero delle ripetizioni necessarie

Attenzione e calcolo

- 4- Contare all'indietro per 7. 1 punto per ciascuna risposta corretta. Cessare dopo cinque risposte (punt max = 5)
In alternativa fate dire "VERBO" al contrario
Valutare il livello di coscienza lungo il continuum:
valutare

Memoria di fissazione

- 5- chiedere il nome dei 3 oggetti nominati in precedenza. 1 punto per ogni risposta corretta (punt max =3)

Linguaggio (punt max =9)

- 6a Dire il nome della penna e dell'orologio (punt max =2);
- 6b Ripetere la frase seguente "NON SE, E O MA" (punt max =1);
- 6c Eseguire l'ordine in 3 tempi: "PRENDI UN FOGLIO CON LA MANO DESTRA, PIEGALO A META' E BUTTALO IN TERRA" (punt max =3);
- 6d Leggere ed eseguire l'ordine: "CHIUDI GLI OCCHI" (punt max =1);
- 6e Scrivere una frase (punt max =1);
- 6f Copiare un disegno (punt max = 1)

Punteggio totale

VIGILE

SONNOLENTO

STUPOROSO

COMATOSO

Impatto della demenza

Durata della vita

- aumenta 2-3 volte il rischio di morte
- demenza sottostimata come causa di morte

Sopravvivenza

- ◆ dopo 5 anni: deceduti il 70% dei dementi ed il 35% dei non-dementi

Qualità di vita

- deterioramento progressivo
- necessità di controllo e aiuto

Trattamento

- Inibitori delle colinesterasi:rallentano il decorso per alcuni mesi
- Riabilitazione psico-funzionale
- Accudimento

Il concetto di **SALUTE**

La salute è uno stato di completo benessere fisico,mentale e sociale dell'uomo e non semplicemente l' assenza di malattia o di infermità.
O.M.S.(1948)

Definizione di salute (A.Seppilli 1966)

- La salute non è una condizione statica di equilibrio perfetto; al contrario, essa consiste in uno sforzo continuo di adattamento alle mutevoli condizioni ambientali. La salute è una condizione di armonico equilibrio funzionale, fisico e psichico, dell'individuo dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale

Il concetto di **SALUTE**

- Art. 32 della Costituzione (1948) La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della comunità
- Legge n.833/78 La tutela della salute è garantita attraverso il Servizio Sanitario Nazionale

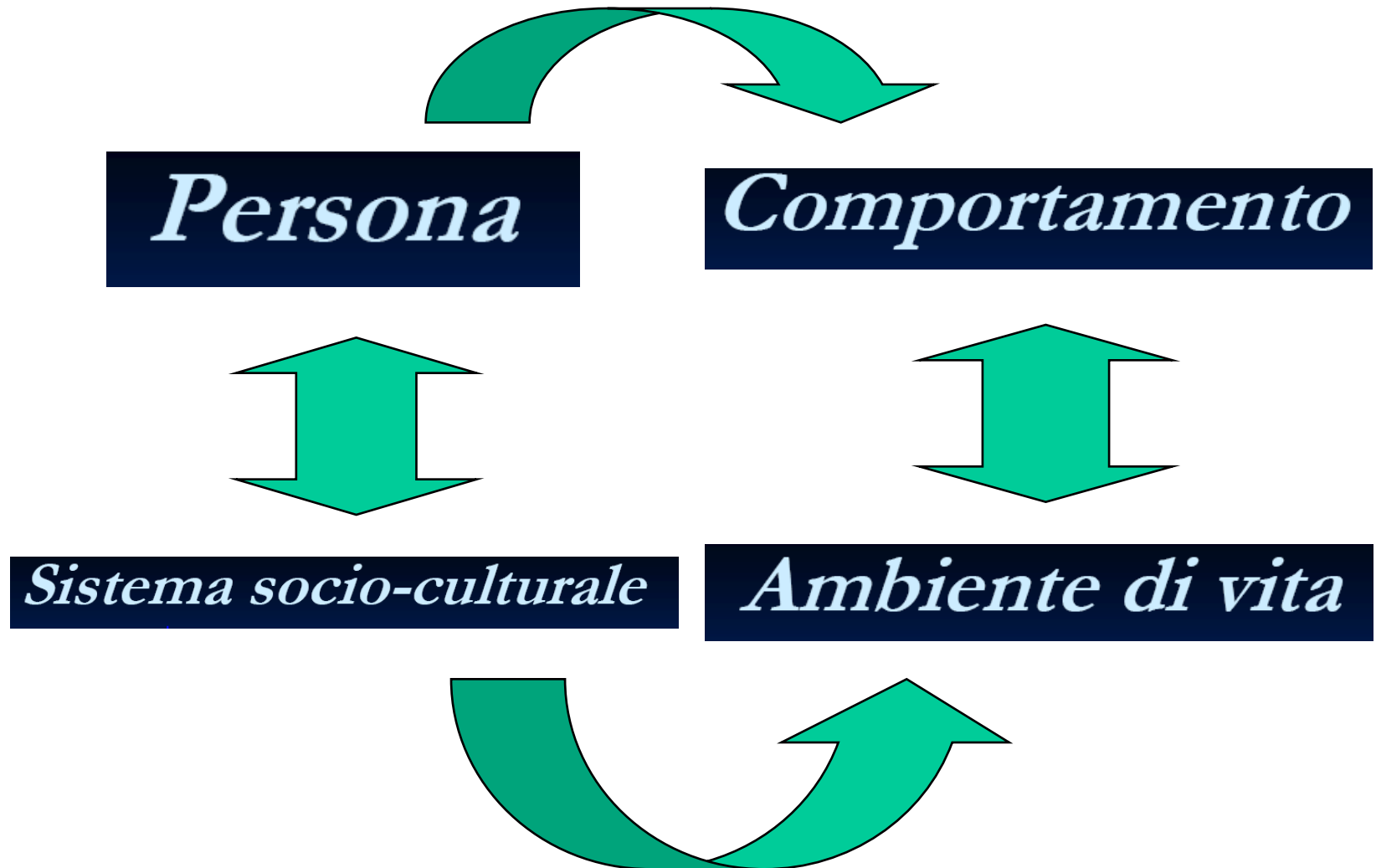
Il concetto di **SALUTE**

LA SALUTE E' UN DIRITTO/DOVERE

Ogni persona ha il diritto di usufruire dei mezzi più idonei per conservare la salute e migliorarla, per recuperarla in caso di malattia, per eliminare le eventuali conseguenze della malattia. Allo stesso tempo ogni individuo deve possedere e adottare uno stile di vita sano, ed in particolare deve conoscere le principali norme igieniche, le strategie di prevenzione, seguire accuratamente le prescrizioni di cura.

(Carta di Ottawa,1998)

I Fattori della Salute



La Persona

**Sistema
biologico**

**Buono stato nutrizionale; sufficiente
protezione immunitaria**

**Sistema
cognitivo**

**Identità affermata; atteggiamenti positivi;
adeguata informazione sanitaria**

**Intera
persona**

**Stabilità emotiva; benessere fisico;
situazione affettiva soddisfacente**

Il Comportamento

Abitudini

Abitudini personali corrette

Lavoro

Lavoro appagante e non stressante

Ricreazione

Sonno e svago sufficienti

L'Ambiente di Vita

Risorse fisiche

Apporto di cibo in quantità adeguata e qualitativamente sicuro

Microambiente

Abitazioni e comunicazioni adeguate; acqua e aria non contaminate; trasporti sicuri; razionale smaltimento dei rifiuti

Macroambiente

Clima confortevole; tutela del patrimonio naturale

Il Sistema Socio-culturale

Educazione pratica della salute

Norme e stile di vita soddisfacenti

Ambiente sociale

Integrazione sociale; relazioni interpersonali stabili

Organizzazione e sistema di lavoro

Disponibilità di lavoro; clima lavorativo positivo; soddisfazione professionale; assenza di fattori nocivi

Servizi sanitari, scuole e istituzioni sociali

Servizi sanitari e sociali qualitativamente e quantitativamente adeguati ed accessibili

Struttura socio-economica

Adeguate risorse materiali; sicurezza sociale

Pericoli e rischi

- **Pericolo (*hazard*)**: potenzialità che intrinsecamente una sostanza, un oggetto o una attività ha di causare un effetto avverso o nocivo (danno) per la salute (es. intossicazioni, tumori, infezioni).
- **Rischio (*risk*)**: definito dal prodotto della probabilità (frequenza) di accadimento di un evento avverso e della gravità delle conseguenze (magnitudo del danno) della presenza di un pericolo.

Il concetto di MALATTIA

- L'OMS definisce la malattia quale alterazione della normalità, corrisponde ad una perdita transitoria o permanente della omeostasi e si manifesta quando le capacità di difesa del nostro organismo non sono più in grado di controllare i danni prodotti dagli agenti patogeni.

Patologia organica grave

- Malattia in stato avanzato che non può essere curata, ma è auspicabile che possa essere condotta ad uno stato di cronicità.
- Possono essere considerate tali le malattie oncologiche, ematologiche, cardiovascolari, neurologiche ecc.

Reazioni di fronte alla patologia organica grave

Il modello a cinque fasi della Kubler-Ross (1970)

- Si tratta di un modello a fasi, e non a stadi, per cui le fasi possono anche alternarsi, presentarsi più volte nel corso del tempo, con diversa intensità, e senza un preciso ordine, dato che le emozioni non seguono regole particolari, ma anzi come si manifestano, così svaniscono, magari miste e sovrapposte.

Fasi di reazione alla prognosi organica grave

- **FASE DELLA NEGAZIONE O DEL RIFIUTO:** il paziente rifiuta la verità e ritiene impossibile di avere proprio quella malattia.
- **FASE DELLA RABBIA:** dopo la negazione iniziano a manifestarsi emozioni forti quali rabbia e paura, che esplodono in tutte le direzioni
- **FASE DEL PATTEGGIAMENTO:** la persona inizia a verificare cosa è in grado di fare, ed in quali progetti può investire la speranza; riprende il controllo della propria vita cercando di riparare il riparabile.
- **FASE DELLA DEPRESSIONE:** il paziente inizia a prendere consapevolezza delle perdite che sta subendo o che sta per subire e di solito si manifesta quando la malattia progredisce ed il livello di sofferenza aumenta.
- **FASE DELL'ACCETTAZIONE:** il paziente ha avuto modo di elaborare quanto sta succedendo intorno a lui, arriva ad un'accettazione della propria condizione ed a una consapevolezza di quanto sta per accadere.

La morte in ospedale

E' possibile guardare all'attuale Istituzione Ospedaliera quale luogo:

- di prolungamento della vita;
- di allontanamento, anche ostinato, della morte;
- ove “paradossalmente”, negli anni 2000, si muore ancora molto (aumento del numero di pazienti in condizioni “estreme”);

La morte in ospedale

- L'allontanamento del pensiero e della realtà della morte risponde a un connaturato bisogno psicologico dell'uomo: "c'è in noi l'inequivocabile tendenza a scartare la morte, a eliminarla dalla vita."

(S. Freud, "Il nostro modo di considerare la morte", in Opere vol. 8, Bollati Boringheri, Torino, pg. 137.)

Sentimento di Mancanza e perdita

- Assenza dell'oggetto su cui investire la propria carica energetica positiva o negativa
- Necessità di elaborare l'assenza
- Ricerca di un oggetto alternativo sul quale investire la propria carica energetica



Il Lutto

- Stato psicologico conseguente alla perdita di un oggetto significativo che ha fatto parte integrante dell'esistenza.
- Si caratterizza per la presenza di uno stato di sofferenza intima spesso imponente, che fa seguito al decesso del congiunto.
- Perdita non ancora avvenuta nella realtà, ma anticipata dalla famiglia e, in particolare la minaccia di morte che si prospetta nelle fasi ultime della malattia. (Lutto anticipatorio)
- La reazione al lutto fisiologica copre un arco di tempo della durata di 8-12 mesi. Si parlerà di **lutto complicato o patologico** quando il processo si prolunga.

Il Lutto

- Vissuto come atto societario può diluire tra gli individui il dolore dell'evento e contenere l'angoscia di morte; Con il lutto la vita "trionfa" sulla morte; La rarefazione del lutto, invece, fa sì che le angosce di morte si ripresentino con maggiore evidenza ("vita trionfata dalla morte")

Medicina e Morte

- La percentuale di persone che muoiono a casa propria inizia a diminuire drasticamente;
- La maggior parte delle persone muore in ospedale o in altri istituti residenziali;
- L'Italia non si discosta da questo trend internazionale e, dalla seconda metà degli anni '90 ad oggi, c'è una lieve controtendenza causa: nascita dell'istituzione Hospice; identificazione dell'Ospedale quale luogo di trattamento per le fasi acute di malattia (D.R.G.);

Le componenti psicologiche del processo del morire

- La depressione e l'accettazione sono accompagnate talvolta da un vero e proprio lutto anticipatorio, cioè da una sofferenza presente nel paziente (ma anche nei familiari) come anticipazione e preparazione alla perdita della propria vita e di una persona cara.

Le componenti psicologiche del processo del morire

- Il lutto anticipatorio consente di iniziare a separarsi, cioè permette di “lasciar andare” il legame, l’attaccamento, rimanendo in contatto con le proprie emozioni e i propri sentimenti e, talvolta, dandosi il permesso di esprimerli.

Lutto fisiologico e lutto patologico

	Lutto fisiologico	Lutto patologico
Evento di perdita	Consapevolezza	A volte non evidenziabile
Reazione	Iniziale intensa, poi variabile	Intensa e persistente
Umore	Labile, tristezza, pianto aumentato dal pensare alla perdita	Persistenza di umore depresso
Rabbia	Spesso espressa	Non espressa, rivolta verso sé
Ideazione	Preoccupazione, stati confusionali e idee suicidarie transitorie	Disperazione, senso di inutilità, idee suicidarie persistenti, senso di colpa
Comportamento	Variabile, ambivalenza tra desiderio di conforto e di solitudine, ritiro dalle attività quotidiane di durata limitata	Ritiro pressochè totale, perdita di interesse per tutte o quasi le attività
Storia personale	Assenza di disturbi psichici pregressi	Presenza frequente di altri episodi depressivi pregressi
Disturbi del sonno	Variabili e periodici	Insonnia, risveglio precoce mattutino

Il Dolore

Il dolore è una esperienza che coinvolge
l'individuo nella sua globalità apportando una

CON-FUSIONE TOTALE

tra le componenti fisiche, psichiche e relazionali.

Il dolore che il paziente narra non coincide con il male che il medico cerca.
(Galimberti, 1999)

Qui ed ora

Il dolore è sprovvisto di passato e di futuro, vive nel presente.

Il desiderio che accomuna il paziente, l'operatore e i familiari è che il presente rapidamente diventi passato e non abbia più futuro.

URGENZE - EMERGENZE

Crisi – Urgenza – Emergenza

- **Crisi:** una seria rottura dell'equilibrio intrapsichico del paziente, tale che i suoi usuali meccanismi di coping e di difesa risultano inadeguati (dimensione potenzialmente maturativa)
- **Urgenza:** condizioni di grave e acuta sofferenza psichica di un individuo che comporti la necessità di una immediata valutazione clinica per impostare un adeguato percorso diagnostico terapeutico.
- **Emergenza:** improvvisa grave modificazione del comportamento e dello stato emotivo che causa disagio acuto e difficoltà di rapporto per il paziente, la famiglia, il suo ambiente sociale.

La Crisi

- Secondo Racamier il potenziale maturativo della crisi ha come sbocco un tipo di funzionamento psichico nuovo rispetto al precedente, con manifestazione di forze psicologiche prima latenti nel soggetto. Rappresenta quindi un momento in cui intervenire curando tempestivamente e, nello stesso tempo, un momento doloroso ma necessario per una successiva crescita dell'individuo.
- L'evento scatenante può essere un fatto nuovo e grave, ma anche una piccola provocazione. Durante la crisi il paziente sperimenta angoscia ed esprime sintomi aspecifici ma pregni di significato che esigono un approccio psicologico finalizzato ad un approccio terapeutico risolutivo.

L'Urgenza

- Dal punto di vista psicologico, l'*urgenza* è una situazione interattiva caratterizzata dalla presenza di una minaccia; da una richiesta di attivazione rapida e di rapide decisioni; dalla percezione di una sproporzione improvvisa tra bisogno e potenziale di risposta attivabile dalle risorse immediatamente disponibili.
- Si ha *urgenza* quando “un individuo si trova di fronte ad una situazione che oltrepassa le sue capacità individuali di adattamento”
- All'interno del soccorso sanitario, l'obiettivo più immediato da conseguirsi nell'attivazione di una procedura d'*urgenza* è impedire che la situazione si trasformi in “*emergenza*”.

Crisi – Urgenza – Emergenza

- ANSIA ACUTA
- ATTACCHI DI PANICO
- AGITAZIONE PSICOMOTORIA
con/senza condotte aggressive

Nella gestione della agitazione psicomotoria del bambino e dell'adolescente va inoltre sempre tenuto in mente che essa deve comprendere la *contemporanea gestione dei genitori o delle figure di accompagnamento.*

TRIAGE infermieristico

Attribuzione di un codice secondo una valutazione della gravità

Vanno inquadrati come urgenti i casi in cui sia presente uno dei seguenti elementi:

- Agitazione psicomotoria marcata con rischio di aggressività e/o violenza (**ROSSO**)
- Tentativo di suicidio o atti autolesivi, in particolare quando associati ad idee suicidarie manifeste (**ROSSO/GIALLO**)
- Ingestione di alcool e/o sostanze (per es. paziente sintomatico con alterazione delle funzioni vitali; alterazione delle prestazioni motorie e/o cognitive) (**ROSSO/GIALLO**)

Aspetti da valutare

- Confusione?
- Grado di contattabilità?
- Intossicazione?
- Traumi in anamnesi?
- Febbre?
- Violenza?
- Storia psichiatrica?
- Sintomi organici?
- Patologie concomitanti?
- Uso di sostanze o alcool?

Nel caso sia presente un rischio effettivo imminente di atti aggressivi occorre prevedere la possibilità di dedicare **più di un operatore** del P.S. al paziente e di avvisare il **servizio di vigilanza interno**.

Risk assesment

FATTORI DI RISCHIO PER LA MESSA IN ATTO DI AGITI VIOLENTI

Utilizzare i dati anamnestici e la valutazione psicopatologica nonché griglie di valutazione del rischio e predicibilità dell'aggressività, al fine di attuare tutte le strategie possibili di prevenzione e contenimento degli episodi patologici. Ogni intervento richiede di essere disciplinato da un *approccio individualizzato*, formulato in un contesto interdisciplinare, in un rapporto di proficua relazionalità, di comunicazione e contatto umano.

Fattori ambientali	Storia del paziente	Segni clinici
<ul style="list-style-type: none">• Difficoltà nell'accoglienza• Spazio fisico limitato• Attesa prolungata• Luogo rumoroso e affollato• Stile relazionale degli operatori (ansigeno?)• Insufficiente definizione di ruoli e procedure• Possesso di oggetti contundenti• Presenza di persone di disturbo per il paziente	<ul style="list-style-type: none">• Sesso maschile• Giovane età (15-24 anni)• Condizioni socio economiche disagiate• Scarso sostegno sociale• Precedente storia di violenza (anche familiarità positiva)• Fattori stressanti recenti• Uso di droghe/alcool/ psicofarmaci	<ul style="list-style-type: none">• Agitazione psicomotoria ingravescente• Atti violenti molto recenti contro persone o cose• Minacce fisiche o verbali in crescendo; dichiarazione di intento aggressivo• Stato di intossicazione• Deliri di persecuzione• Allucinazioni uditive imperative istiganti atti violenti.• Patologia di base

Approccio al paziente agitato

Dove incontrare il paziente

- Ambiente adeguato: evitare spazi ristretti, corridoi frequentati da altri pazienti
- Avere SEMPRE una via di fuga: posizionarsi tra il paziente e la via d'uscita
- Porta aperta o colleghi che osservano la scena
- Evitare la presenza a portata di mano di armi potenziali (biro, siringhe, forbici, vetreria, oggetti contundenti, ombrelli, sedie leggere)
- Evitare di avere addosso oggetti “da vittima”, utilizzabili come appigli o armi (lunghi portachiavi, ciondoli, forbici, cravatte)

Approccio al paziente agitato

Come avvicinarsi al paziente

- Non ci si deve avvicinare al pz con modalità rapide e decise in senso frontale, poiché può essere percepito come un atteggiamento di sfida
- Evitare il contatto diretto e prolungato nello sguardo degli occhi del pz
- Sorridere o ridere può essere interpretato da parte dal pz in senso aggressivo e dispregiativo

Approccio al paziente agitato

Atteggiamento

Inutile far attendere un pz in 'escalation' di aggressività

Mai voltare le spalle ad un pz potenzialmente violento,
MAI PERDERE IL CONTROLLO VISIVO

Consentire uno spazio fisico maggiore del normale
(distanza consigliata circa 1,5 m fino a 4)

DIMOSTRARE SICUREZZA

Approccio al paziente agitato

Colloquio

Restare calmi, con atteggiamento tranquillo e accogliente

Parlare lentamente, a basso volume, con frasi corte, concetti semplici e concreti

Avvertire che la violenza non sarà tollerata e che sarà considerato responsabile delle azioni commesse, offrendo aiuto (es sedativi) nel caso in cui non sia in grado di controllarsi

Approccio al paziente agitato

Colloquio: cosa NON fare

MAI interrompere il pz in modo autoritario e minaccioso utilizzando la mano, il dito puntato, alzando il volume della voce, avvicinandosi sino a sfiorarlo fisicamente

MAI esprimersi in modo provocatorio, emettere giudizi

MAI formulare promesse che poi non possono essere mantenute (evitare il ricovero, non somministrargli farmaci o di rimandarlo a casa nell'immediatezza)

Approccio al paziente agitato

Pz minaccioso: qualche suggerimento

Deviare l'aggressività da una persona ad un problema più generale (“Non credo che lei voglia aggredire un infermiere, ho avuto l'impressione che il problema di cui parlava fosse più importante”).

Può essere tranquillizzato da una persona (garante) di cui ha fiducia e la cui presenza serve a diluire la montata di ansia e di aggressività (familiari, medico)

Familiarizzare col paziente (offrire una sigaretta, prepararsi un caffè, dividere e consumare del cibo, trovare interessi che uniscono, comunanze di gusti, aver vissuto uguali esperienze)

Essere individualizzati può permettere al paziente di provare quell'empatia che può essere un freno inibitorio

Tecniche di de-escalation di violenza

contenimento verbale

(Abbassare il tono della voce, condurre il colloquio in modo calmo, non giudicante non provocatorio, evitare eccessivo contatto visivo, ridurre l'attivazione emozionale)



in caso di fallimento

contenimento farmacologico

(farmaci con effetti di tipo sedativo e atarassico: benzodiazepine, antipsicotici, antistaminici. L'obiettivo è calmare il paziente senza indurre il sonno)



in caso di fallimento

contenzione fisica

(non giova all'alleanza terapeutica, con ricadute negative a breve e a lungo termine. Resta aperta la necessità di trovare alternative efficaci)