

Unità Psicologica di Crisi:
Esperienza pilota nell'area dell'emergenza psicologica

Dott.ssa Maura Mauri

(Psicologo Dirigente Responsabile "Unità Psicologica di Crisi" D.E.A., Dipartimento Emergenza Accettazione, Azienda Policlinico Umberto I Università degli Studi di Roma "La Sapienza")

Inizierò la mia relazione parlandovi del "dato atteso"; quel dato cioè che nella pratica clinica e sperimentale si ritiene debba verificarsi. Nel nostro caso il "dato atteso" è che all'interno degli ospedali generali esiste un'alta percentuale di pazienti (pz.) che richiedono direttamente o indirettamente interventi psicologici specifici. Noi come "Unità Psicologica di Crisi" (U.P.C.), abbiamo portato avanti una ricerca che verrà illustrata nell'ambito delle "Comunicazioni brevi" di questo Convegno, denominata "Quanto costa l'ansia?". Su un campione di 5854 soggetti che si sono presentati al Pronto Soccorso del Policlinico Umberto I nel periodo Maggio-Ottobre 1998, 567 soggetti pari al 10% circa rappresentano le cosiddette "urgenze psichiche". Questo dato è per difetto in quanto è basato su diagnosi strettamente psichiche e su pazienti non ricoverati. E' esclusa tutta la enorme fascia di pz. che pur venendo per problematiche essenzialmente organiche associano problemi psichici. Inoltre considerato che un alto numero di operatori sanitari (medici, infermieri ecc.) poiché sono costretti a mantenere a lungo alti livelli di vigilanza, cade in una condizione di stress e questo determina problematiche che vanno affrontate con professionalità specifiche. Una nostra ricerca condotta nel '92 all'interno del Reparto di Accettazione Osservazione Medica del Policlinico Umberto I era interessata a sapere se ed in che modo i medici sono orientati al contatto e le modalità con cui gestiscono le situazioni stimolo-frustranti che possono sollecitare risposte di tipo aggressivo. Abbiamo focalizzato l'attenzione su variabili del comportamento come "lo stile di contatto interpersonale" e "la reazione alla frustrazione". La ricerca ha posto in rilievo l'atteggiamento del gruppo sperimentale (medici) a rispondere con aggressività esterna, rispetto al campione di controllo, in situazioni stimolo frustranti. Inoltre nel gruppo sperimentale le donne presentano una maggiore propensione al contatto sociale ed una minore conflittualità nel contatto spaziale rispetto ai maschi del medesimo gruppo e del gruppo di controllo. Le modalità di gestione di queste variabili comportamentali assume una rilevanza se collocata all'interno del rapporto istituzione-medico-paziente rispetto alla formazione del personale, all'organizzazione dell'assistenza e del lavoro. Vi ricordate il famoso dato atteso? Ebbene attualmente in Italia i servizi di Psicologia all'interno delle Aziende Ospedaliere ufficialmente istituiti sono pochi. Prevale la visione Biomedica che definisce la salute come "assenza di malattia" anche se negli ultimi decenni il quadro sta lentamente cambiando. Dall'incidenza delle malattie infettive si è passati all'incidenza dello stile di vita. Nei paesi industrializzati le quattro maggiori cause di morte sono ricondotte a malattie cardiovascolari, neoplasie maligne, ictus cerebrali e incidenti. Tutte cause che hanno in comune almeno un fattore comportamentale e sono collegate ai fini della prevenzione all'atteggiamento del soggetto rispetto alla vita. I fattori psicosociali (fumo, alcol, sedentarietà, abuso di farmaci, stress, cattiva alimentazione ecc.), si rileva, hanno un ruolo determinante ai fini del benessere. E' nata così la "Psicologia della Salute". Essa pone l'attenzione sulla concezione positiva della salute e sul ruolo determinante del soggetto sia nella prevenzione che nella cura. In questa ottica pensiamo al ruolo fondamentale della "compliance" o complicità del soggetto in tutte le fasi della malattia ed all'elemento cardine della comunicazione della diagnosi e del consenso informato sulla terapia e gli accertamenti. Molti autori si sono cimentati su questo tema. Comunicare diagnosi infauste non è facile.

A chi dirlo? Quale atteggiamento assumere quando la famiglia chiede espressamente di non dire nulla al malato? Chi è la persona più adatta in questa situazione? I pazienti vogliono essere informati? Che cosa è opportuno comunicare? In che modo? Quale è il momento più propizio? La nostra idea in proposito è che sia il malato ad indicarci la strada, in base alla sua capacità di accettazione. Infatti una ricerca dell'"U. P.C." portata avanti per quattro anni su un campione di 1850 soggetti ricoverati nel Reparto di Osservazione Accettazione Medica del Policlinico Umberto I, ha messo in evidenza che il malato vuole essere informato dal medico. Non lo psicologo, non l'amico, non il familiare ma il dottore, poi successivamente chiede l'aiuto e la partecipazione delle altre figure. Una lettura di questo dato ci dice che il paziente vuole comprendere e partecipare in forma attiva a ciò che gli sta accadendo, vuole discutere ed essere d'accordo su quello che sarà necessario fare. La psicologia della salute non deve allora attuare un intervento "simil medico" ma prendersi cura del malato come persona nella sua globalità non come un organo da curare evidenziando quindi quelle strategie, tutti quegli strumenti formativi ed operativi per far sì che la medicina realizzi un progetto "di solidarietà umana", un ospedale a dimensione d'uomo. Pur non in linea con le leggi riguardanti l'umanizzazione degli ospedali e che tracciavano degli standard ospedalieri la figura dello psicologo ha trovato una sua collocazione all'interno delle aziende ospedaliere.

Nell'Azienda Policlinico Umberto I esiste un Servizio di Psicologia all'interno della Clinica Ginecologica che affronta le problematiche della donna relative alla pubertà, al parto e alla menopausa. Un "Servizio di Psicologia Oncologica" che si interessa di pazienti con patologie oncologiche e dei loro familiari. Un "Centro di Epatopatie Alcoliche", nella VI Clinica Medica, a cui afferiscono soggetti con polidipendenza (alcol, droga, farmaci) funzionante come day hospital nell'ottica della prevenzione, della cura e della riabilitazione (attraverso i gruppi denominati C.A.T.). Esiste un "CIM" all'interno della Clinica Pediatrica ed altri servizi ancora. Tutti questi, se pensiamo all'importanza dell'Università La Sapienza ed all'enorme suo bacino d'utenza, sicuramente non sono ancora sufficienti. Il Policlinico si pone all'avanguardia avendo creato il Dipartimento di Emergenza - Accettazione (DEA) di cui l'U.P.C fa parte. Il DEA è

strutturato in un servizio di Accettazione ed in una Osservazione breve. La particolarità di questa struttura risiede nell'esigenza di ridurre i tempi dell'intervento diagnostico e terapeutico (per l'urgenza della patologia) e quelli della degenza (per la necessità di adeguarsi al continuo flusso di pazienti). Tutti questi elementi oltre ad ampliare le difficoltà che si incontrano in ambito operativo creano una condizione di stress per gli operatori sanitari, caratteristica questa di quella situazione ove si è costretti a mantenere a lungo alti livelli di vigilanza. L'area di intervento sanitario relativa alla emergenza-urgenza è vasta e complessa in quanto lo scenario delle patologie ad esse connesse comprende sia problematiche acute o complicanze di situazioni croniche sia vari eventi di carattere traumatologico ed infortunistico. All'interno di tale struttura è collocata, come detto, l'U.P.C. che andremo a presentare. Desideriamo sottolineare che essa è nata come conseguenza di un progetto e grazie alla sensibilità delle figure apicali di tale istituzione. Essa è una unità operativa, cioè una struttura elementare monoprofessionale con un proprio dirigente. Nasce dalla constatazione che oltre a pazienti "organici" possono giungere in Accettazione soggetti in "crisi" anche a causa di improvvise situazioni traumatiche. Essi pur lamentando una serie di sintomi: ansia, depressione, insonnia, costituiscono il più delle volte vere emergenze, poiché ci troviamo di fronte a soggetti gravemente depressi (che giungono a mettere in atto, alcune volte, un tentato suicidio), i deliranti acuti, soggetti con abuso o astinenza da farmaci, alcol e droghe, pazienti psicotici in fase di acuzie, crisi d'ansia, attacchi di panico. Qualunque sia la determinante che li ha condotti al P.S., la crisi minaccia di sommergere le loro naturali capacità di difesa, lì impernia di una traumatica angoscia di sopravvivere, minacciando l'integrità fisica e psichica. Per sopravvivere, oltre i normali meccanismi di difesa quali: regressione, rimozione, negazione, formazione reattiva ecc. il malato può mettere in atto delle reazioni primitive dove prevale la componente psicomotoria (ipo o iper reattiva) oppure reazioni che coinvolgono lo stato di coscienza destrutturandola a diversi livelli sino ad arrivare alla confusione psicogena. Per questi pazienti il colloquio psicologico il più delle volte è successivo alla visita medica, in quanto la sintomatologia dichiarata che li porta al P.S. è prettamente organica e quindi va esclusa e trattata prima la determinante somatica. La modalità del colloquio che noi usiamo è non direttiva, umanistica e centrata sul cliente (Carl Rogers). E' necessario comprendere il mondo del paziente come viene da lui vissuto, interpretare il senso implicito contenuto nelle sue parole o nel suo gesto. Avere ben chiari i limiti tra disponibilità, coinvolgimento emotivo ed empatia e saper gestire i meccanismi del transfert e controtransfert che si mettono in atto, "rotolarsi" con la resistenza, cioè coinvolgere il pz. nei processi di problem solving lasciandogli la possibilità di esporre le proprie motivazioni per il cambiamento e dandogli fiducia nelle proprie capacità. Evidenziare l'incongruenza tra gli obiettivi ed il comportamento messo in atto.

Nulla di più di ciò che emerge dal colloquio. Accettare incondizionatamente l'altro. Se infatti la relazione è giusta chi ne ha usufruito potrà correggere, certamente in parte, l'immagine di sé e del mondo esterno. Anche se l'intervento non risolve i problemi di fondo esso mira a spegnere l'acuzie momentanea. E' importante che successivamente vengano date indicazioni sulle sedi più idonee per un eventuale approfondimento diagnostico e trattamento terapeutico. "L'intervento sulla crisi" differisce in modo significativo rispetto alla pratica tradizionale, infatti quella tradizionale è svolta essenzialmente presso uno studio e comunque si avvale di un setting ben definito, si focalizza essenzialmente sulla diagnosi e sul trattamento della malattia mentale tentando di modificare le linea base della personalità del funzionamento psicologico e per ottenere ciò esamina i contenuti incoraggiando un processo di insight per quanto riguarda tutti gli eventi passati e la loro ricaduta sugli atteggiamenti attuali. Essa ha quindi un Focus psico-terapeutico. Nell'"intervento sulla crisi" il setting è completamente diverso poiché le condizioni di lavoro spesso sono caotiche, può esserci mancanza di privacy ed un ambiente rumoroso. In questa situazione bisogna avere la capacità di adattarsi e di prendere contatto con la persona nell'ambiente così come si presenta; il ruolo deve essere flessibile ed integrabile, circolare nell'ambiente (Roaming= vagabondaggio/ over a cup of coffee=attorno ad una tazzina di caffè) in modo da fare una serie di osservazioni informali ed identificare persone con sintomi di natura organica che correlano problemi psicologici o comunque a rischio per problematiche legate allo "stress".

La psicologia dell'emergenza risulta essere forse la più impegnativa poiché abbraccia situazioni spesso drammatiche con individui che mettono in atto a volte resistenze profonde che vengono esplicitate da silenzi imponenti ed aggressività estese quindi anche se in questo ambito non è corretto impostare una terapia tradizionale si deve comunque possedere tutta una serie di conoscenze ed una capacità intuitiva per riuscire a cogliere cosa emotivamente potrebbe nascondersi dietro tali atteggiamenti. Va sottolineato che tutti i quadri clinici cioè tutte le reazioni disadattive, riguardano il singolo come la collettività quando questa è sottoposta a stress (calamità naturali come terremoto, alluvione, frane, valanghe; gravi situazioni socio-politiche o disastri come incendi, inquinamenti ambientali ecc.). A suffragio di ciò vogliamo analizzare le uguaglianze che si riscontrano nelle analisi e nel trattamento di una reazione post-traumatica sia individuale che collettiva