

PROGETTO INTERVENTO CRISI

1. LA MOTIVAZIONE

Il progetto “intervento crisi” nasce dal bisogno di un intervento tempestivo e di supporto ai pazienti psicotici e alla loro famiglie. Ci troviamo frequentemente di fronte al disagio, spesso tramutato in disperazione, di famiglie che non trovano risposte adeguate alla loro esigenza di essere aiutate, quando un loro familiare psicotico non è più gestibile all'interno delle mura domestiche.

Abbiamo osservato tre principali modalità in cui si esprime la difficoltà.

- I pazienti rifiutano un aiuto, diventando sempre più emarginati e spesso aggressivi con i propri familiari. Questi ultimi si mostrano angosciati, in quanto incapaci di dare il giusto sostegno; perchè preoccupati di definire il figlio o familiare affetto da malattia psichiatrica; perchè spaventati del fatto di non poterla più fare e non sapere come andare avanti. Da parte nostra, che siamo gli addetti ai lavori, viene alimentata la preoccupazione che in questa fase, che può durare anche diversi anni, la psicosi si cronicizza rendendo il recupero sempre più difficile e, in alcuni casi, impossibile.

- Un secondo aspetto è rappresentato da quella fascia di pazienti che, pur consapevoli della malattia, sono terrorizzati di entrare in un centro diurno, perchè ciò significherebbe essere etichettati come “pazzi”. Ci sono, anche, genitori che vivono la stessa angoscia. Un'approfondita riflessione ci ha fatto concludere che non è giusto sottovalutare questo problema, nel caso in cui dovesse appesantire la possibilità di recuperare la persona in esame.

- Il progetto intervento crisi vuole rispondere ad un'altra esigenza. Durante un trattamento psicoriabilitativo, sia presso centri ambulatoriali che centri diurni, il lavoro terapeutico, destabilizzando le difese disfunzionali sia del paziente psicotico che della sua famiglia, fa cadere il paziente in crisi più o meno gravi. Questa volta sia il personale che ha preso in carico il paziente, che la famiglia, necessitano di un supporto nei momenti in cui il paziente non è affidato al centro.

2. UN'IPOTESI DI INTERVENTO: OBIETTIVI

Le tre situazioni esposte sopra ci hanno fatto ipotizzare un intervento domiciliare, sia a breve che a lungo termine in base alla gravità e alla motivazione del paziente. Quando parlo di breve termine intendo un intervento che non duri più di un mese. Un intervento a lungo termine può durare anche anni. ***L'intervento territoriale potrebbe essere un intervento alternativo o di supporto alle residenze o ai centri diurni.***

L'intervento territoriale consentirebbe:

- permetterebbe uno stress minore per il paziente che non deve lasciare il suo ambiente (casa e territorio) e le sue abitudini. La scarsa identità del paziente psicotico lo rende molto rigido rispetto alla propria organizzazione di vita.

- consentirebbe uno stress minore per quelle famiglie simbiotiche che utilizzano la malattia del paziente per mantenere un loro equilibrio.

- anche laddove fosse necessario un braccio di ferro per costringere il paziente e la famiglia a prendere coscienza della malattia, l'intervento conserverebbe le caratteristiche di un intervento umano, fatto con calma, in modo da dare a tutti la sensazione che ci si stia prendendo cura di loro invece di usare l'intervento coatto come una camicia di forza che crea distanza e non responsabilizza.

- favorirebbe la possibilità, nei momenti di crisi, che il paziente e la famiglia possano avere il supporto di un operatore competente, permetterebbe la riduzione delle resistenze e quindi una facilità maggiore nel promuovere cambiamenti sia da parte dei pazienti che degli psicoterapeuti che li hanno in carico. Inoltre una gestione del genere sarebbe più tranquillizzante per evitare conseguenze spiacevoli (vedi ad esempio quei pazienti ad alto rischio di suicidio).

- permetterebbe un lavoro sul territorio, inteso come centri di volontariato sociale per aiutare i loro operatori ad accogliere e intervenire adeguatamente su tali pazienti.

3. LA METODOLOGIA

Si ipotizzano diverse forme di intervento.

- nei casi di crisi forte, l'operatore dovrebbe per alcuni giorni essere presente giorno e notte, qualora fosse necessario a casa del paziente.
- nella maggior parte dei casi potrebbero essere sufficienti poche ore al giorno, in modo tale che l'operatore controlli le dinamiche più distruttive e fornisca alla famiglia interventi meno pericolosi
- nel caso di un intervento più a lungo termine per creare la motivazione a farsi curare, la presenza dell'operatore potrebbe variare dalle tre alle quattro volte settimanali.
- potrebbe essere utile seguire il paziente nelle diverse attività ricreative per fare aggancio. Infatti, un sostegno riuscito consentirebbe al paziente di essere rassicurato e protetto. In questo caso l'operatore viene presentato come un amico.
- nel caso di un intervento psicoriabilitativo che punti su questa forma di intervento, vuoi perchè il paziente risiede in una località troppo distante da un centro diurno efficiente, vuoi perchè non motivabile ad un inserimento in un centro, si può ipotizzare un intervento stabile a casa con un frequenza di almeno tre volte a settimana di due ore ciascuna. Si lavora sul paziente sulla famiglia e sulle risorse territoriali.
- nei casi in cui il paziente è in un centro diurno o perchè deve esserci inserito, è importante aiutare gli operatori dell'intervento di crisi a comunicare con quelli delle residenze e centri, per progettare insieme un intervento di supporto.
- sul territorio, l'intervento potrebbe consistere nel formulare un progetto comune con i centri di volontariato o scolastici, che abbia l'obiettivo di motivare il paziente psicotico alla cura o a sostenerlo nei momenti di crisi . L'operatore del progetto crisi potrebbe fare interventi di supervisione volti a tale scopo.

Il numero delle ore può comunque variare a seconda dei momenti del processo terapeutico.

4. LA FORMAZIONE.

Ci si deve spesso adattare a utilizzare personale che si improvvisa, per la gestione di momenti crisi, che invece avrebbero richiesto interventi puntuali e competenti. Da qui la necessità di creare operatori che potessero intervenire sul territorio. La formazione dovrebbe:

- fornire agli operatori nozioni sull'antropologia e psicopatologia del Modello Strutturale Integrato (strutture nere, bianche e rigide) .
- chiarire chi è il paziente psicotico per il Modello Strutturale Integrato (diagnosi individuale).
- fornire nozioni sulle famiglie dei pazienti psicotici (semplice diagnosi familiare)
- progettare un intervento per i momenti di crisi, che tenga conto delle difficoltà dei pazienti e delle famiglie ad accettare un estraneo e delle frustrazioni-paure degli operatori a gestire situazioni di fortissimi stress emotivo.
- imparare a sostenere piccole dinamiche di gruppo per lavorare sul territorio, stabilendo obiettivi minimi da passare.

La formazione prevede ore di teoria, ore di lavoro personale e ore di supervisione. Potrebbe durare tre anni ed essere così organizzata: due ore di teoria, due di terapia di gruppo e due di supervisione.

Il responsabile del settore.
Anna Falco.