

# URGENZE PSICHIATRICHE



Filippo Franconi

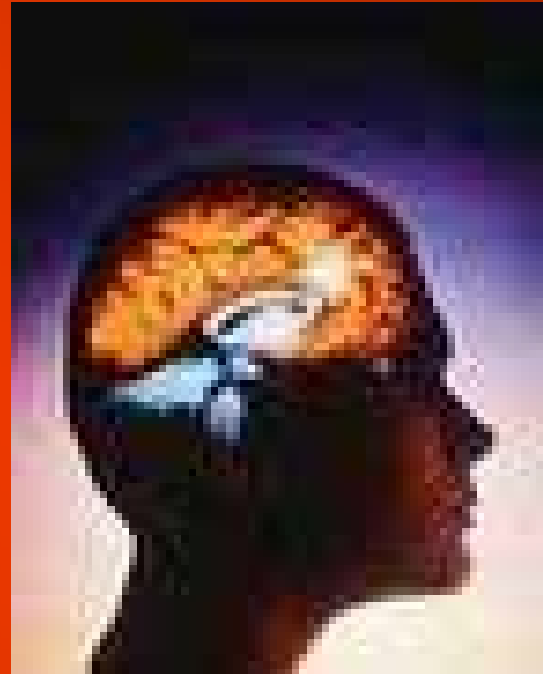
# *Urgenza vs. Emergenza*

Le *Urgenze psichiatriche* si caratterizzano per l'acuta sofferenza soggettiva che accompagna i disturbi presenti

Le *Emergenze psichiatriche* sono situazioni che si presentano con un'improvvisa e grave modificazione del comportamento e dello stato emotivo che causa un acuto disagio e difficoltà di rapporto per il paziente, la famiglia, la società

# *Urgenza vs. Emergenza*

La *differenza*  
concettuale risiede  
soprattutto  
*nell'impatto e*  
*nelle difficoltà*  
*psicosociali*  
*associate alla*  
*condizione*  
*psicopatologica*



Nei paesi anglosassoni, esiste il concetto di emergenza psichiatrica:

***Compromissione del funzionamento mentale di un individuo che impedisce l'adattamento relazionale del paziente stesso con la sua famiglia e con le persone significative del suo ambiente***

L'intervento è richiesto per riportare una situazione compromessa a un livello che consenta interventi più appropriati in un secondo momento

# ***Bisogna distinguere l'emergenza psichiatrica dalle..***

***...urgenze pseudopsichiatriche***, condizioni connotate da una patologia organica, che si esprimono prevalentemente con manifestazioni psicologiche di sofferenza soggettiva, che inducono allarme e panico e portano alla richiesta di immediato intervento specialistico..



..dalle ***urgenze pseudosomatiche***,  
situazioni in cui la  
sofferenza psicologica si  
manifesta acutamente in  
disturbi organici (vertigini,  
lipotimie, dispnea) che  
richiedono in prima  
battuta l'intervento  
internistico o  
neurologico..



..e dalle ***pseudourgenze psichiatriche***, richieste poste con urgenza non tanto per la gravità della situazione psicopatologica manifestata dall'individuo, quanto per l'assenza o la mancanza di consistenza del tessuto familiare e sociale circostante il soggetto.

Spesso derivano dalla ridotta tolleranza e accettazione del disturbo mentale da parte della famiglia, con richieste con valenza espulsiva e/o punitiva nei riguardi del malato

# Le varie figure in gioco nell'urgenza psichiatrica:

Il soggetto

Le figure mediche coinvolte

I componenti dell'ambiente  
(famiglia, società)

Da questi elementi nascono le ***richieste di intervento***, che vanno attentamente valutate nella loro:

***Componente Oggettiva*** (il disturbo manifesto)

***Componente Soggettiva*** (il bisogno sotteso alla richiesta: ***chi ha fatto la richiesta?***)



In tutte le urgenze psichiatriche è presente una situazione di ***crisi:***

***Individuale***

***Del gruppo sociale di appartenenza***

***Familiare***

.. che porta a sofferenza soggettiva profonda

Spia della **rottura dell'equilibrio psicologico intrapsichico e interpersonale**

Crisi anche come dimensione potenzialmente  
maturativa

Cogliere l'aspetto trasformativo e  
maturativo di questa esperienza

Il medico chiamato ad agire non deve solo mirare al  
**tamponamento della sintomatologia**, ma anche ad..

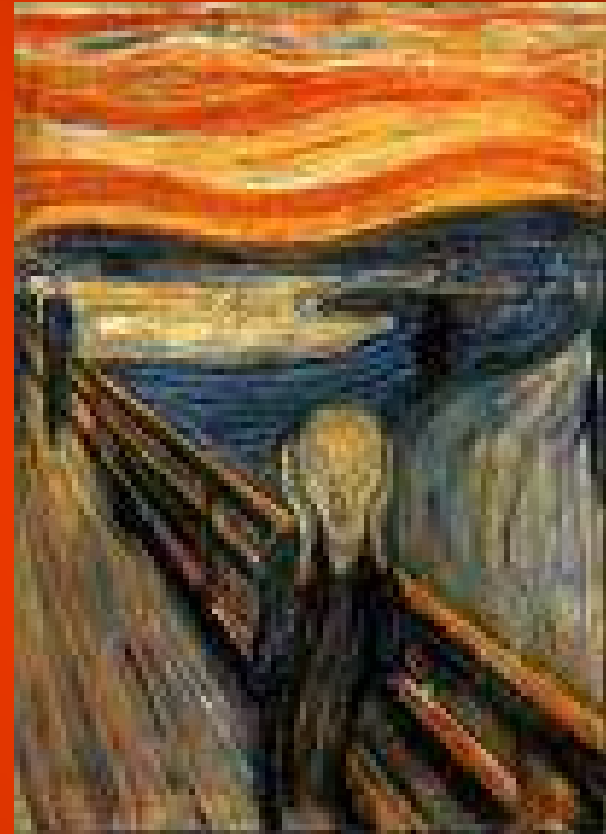
**..un approfondimento e chiarificazione degli  
aspetti precipitanti il disagio acuto**

La crisi può avvenire nei periodi di:

***Transizione*** (adolescenza,  
matrimonio, gravidanza,  
pensionamento, etc.)

***Separazione e perdita***

***Eventi traumatici***



La ***ferita*** aperta dalla discontinuità e dalla necessità di scelte di cambiamento crea la sensazione angosciante di “non potercela più fare” che “nulla potrà essere come prima”

Associata ad una profonda disorganizzazione del funzionamento mentale

Le cause possono essere oggettivamente traumatiche o possono richiedere capacità ed energie emotiva per attuare un cambiamento significativo in un momento in cui le risorse del soggetto non sono adeguate

Ogni urgenza psichiatrica va attentamente valutata

Nei suoi aspetti medici di emergenza

Nei suoi aspetti intrapsichici e interpersonali

Vanno analizzate le fasi della vita attraversate  
dall'individuo

Gli eventi esistenziali a rischio o traumatici

L'intervento deve essere:

*Flessibile*

*Multidimensionale*



## *Valutazione della crisi: aspetti individuali e relazionali*

*È fondamentale  
permettere al paziente,  
quando le condizioni  
psicofisiche lo permettono,  
di esprimere in prima  
persona le sue  
difficoltà, anche quando  
è accompagnato da  
familiari*



Porre domande su..

*Cosa è avvenuto*

*Come si è sviluppato nel tempo*

*Il perchè della crisi*

*Quali sono le persone significative che  
rivestono il ruolo di partecipanti alla crisi  
dell'individuo*



Le indicazioni terapeutiche devono tenere conto di tutte queste variabili, in particolare..

***..della natura dei bisogni sottesi alla domanda e soprattutto da chi sono avvertiti ed esplicitati***

Un paziente in scompenso psicotico acuto spesso non è consapevole del suo disagio!

Ci si trova **spesso** di fronte a **uno scompenso del sistema relazionale significativo** per il soggetto

I familiari possono vivere come disturbante il comportamento del paziente attribuendolo alla patologia, anche se la risposta dello stesso può essere appropriata agli stimoli

Invischiamento nel nucleo familiare

# Il colloquio con il paziente

*Colloquio guidato*

*Esame dello stato psichico*

*Esame fisico generale*

*Esame neurologico*

*Esami ematochimici*



***L'esordio clinico*** va attentamente esaminato:

***Gravità***

***Durata dei sintomi***

***Eventi favorenti o precipitanti***

L'ascolto della storia del paziente avrà lo scopo di avere informazioni anche su

***Anamnesi patologica remota e prossima***

***Esito di pregresse e attuali terapie***

***Recente o abituale uso di alcol e droghe***

## *Specifiche urgenze psichiatriche:*



*Crisi d'ansia e attacchi di panico*

*Crisi depressiva*

*Crisi maniacale*

*Crisi psicotica acuta*

## *Crisi d'ansia e attacchi di panico (1)*



## *Crisi d'ansia e attacchi di panico (2)*

Profonda angoscia con sentimenti estremi di paura e minaccia alla propria integrità fisica e psichica

Paura di impazzire  
o morire

Attivazione del sistema  
nervoso autonomo

*Diagnosi differenziale!*

## *Crisi d'ansia e attacchi di panico (3)*

**L'obiettivo principale:**

**Contenere la tensione emozionale dell'individuo  
con un atteggiamento attento, calmo e  
rassicurante**

*Rassicurare il soggetto nei riguardi dei timori  
che esprime*



## *Crisi d'ansia e attacchi di panico (4)*

*Non chiarire anticipatamente le possibili cause dell'esperienza in atto*

Soprattutto se è un esordio, difficilmente il paziente riuscirà a collegare la sua esperienza con eventi precipitanti la crisi

## *Crisi d'ansia e attacchi di panico (5)*

*Quando il paziente non si sentirà più minacciato dai sintomi, si potrà cercare di aiutarlo a osservare certe associazioni con eventi esistenziali precipitanti*

La *terapia farmacologica* consiste nell'uso di..

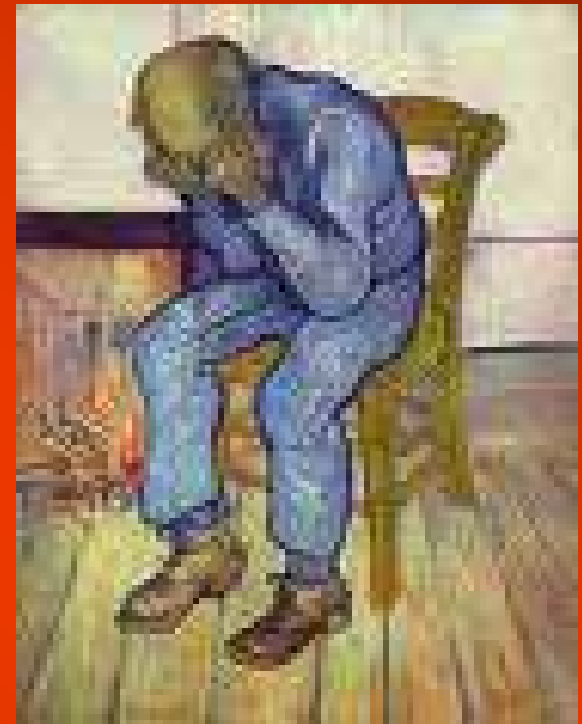
*..benzodiazepine in acuto*

*..antidepressivi a lungo termine*

## *Crisi depressiva (1)*

Profonda sofferenza caratterizzata da estrema tristezza, sentimenti di autosvalutazione e colpa, incapacità di vivere in modo appropriato il presente e di pensare positivamente al futuro..

..in genere sono scatenate da eventi esistenziali significativi



## *Crisi depressiva (2)*

Manifestazioni costanti:

*Impossibilità a mantenere gli abituali ritmi di vita, gli impegni lavorativi e sociali e un'adeguata cura di sé*

Possono presentarsi:

*Disturbi del sonno (iper e iposonnia)*

*Disturbi del comportamento alimentare (iperfagia o inappetenza)*

## *Crisi depressiva (3)*

### *Diagnosi differenziale:*

Disturbi neurologici

Tumori cerebrali

Endocrinopatie (es., ipotiroidismo, etc.)

Effetti collaterali di farmaci (es. antiipertensivi, corticosteroidi, interferon, etc.)

## *Crisi depressiva (4)*

*Il ricovero si rende necessario..*

*..quando il soggetto ha propositi suicidari  
in mancanza di un terreno familiare che  
possa fornirgli le cure, l'attenzione e il  
supporto affettivo adeguato*

*..in concomitanza di sintomi psicotici  
produttivi (es., deliri di colpa, di rovina, di  
persecuzione , di catastrofe, etc.)*

*..in caso di blocco psicomotorio*

## *Crisi depressiva (5)*

*Non stimolare o incoraggiare eccessivamente il paziente*



Dipende da te, tirati su..

Cercare di ***spiegare alla famiglia*** che ***i sintomi non sono vane lamentele*** che il paziente esprime per manipolare la vita degli altri, ma che la persona va rispettata così come i sintomi, espressione di autentica sofferenza

## *Crisi depressiva (6)*

La famiglia può così percepire *i sintomi come richiesta di aiuto e di sostegno*

La principale risorsa da attivare con il paziente nell'emergenza è proprio il *rispetto della sua sofferenza e quindi della sua persona*, con accettazione temporanea delle sue limitazioni

*Deve poter esprimere la sua sofferenza*, la quale va riconosciuta e contenuta



## *Crisi maniacale (1)*

*Il paziente in crisi maniacale con il suo comportamento spesso compromette la sua sicurezza personale e i suoi rapporti sociali, con conseguenze molto gravi*

*Notevole alterazione del tono dell'umore*

*Ideazione ed eloquio accelerati* (fino alla fuga delle idee)

*Iperattività motoria con intolleranza, irritabilità, impazienza*

*A volte sintomi psicotici* (deliri, allucinazioni)

## *Crisi maniacale (2)*

Le difficoltà dell'intervento sono date dal fatto che *il paziente non ha coscienza di malattia e del bisogno di curarsi*

*Il paziente in stato maniacale avverte di "non essere mai stato meglio"*

Può rappresentare una crisi isolata, ma *in genere segue una storia clinica caratterizzata da sintomi maniacali o depressivi*

Può presentarsi con una *forma meno acuta (ipomania)*

## *Crisi maniacale (3)*

Il medico deve mantenere un *atteggiamento fermo e calmo, comprensivo e paziente, per permettere l'accettazione della terapia farmacologica assolutamente necessaria* per lo sviluppo di qualsiasi progetto terapeutico

### *Neurolettici + Benzodiazepine*



## *Crisi maniacale (4)*

In caso di *comportamento violento..*

*Osservare le regole di precauzione e attenzione*

*Cercare di mantenere uno stato di tranquillità  
esplicitando al paziente le difficoltà che egli  
pone all'équipe che affronta l'emergenza*

*Domandare perché il paziente è aggressivo*

*Ribadire la propria funzione di aiuto e interesse,  
esplicitando che l'aiuto è difficile proprio a causa  
del suo comportamento*

*Chiedere di esplicitare cosa si può fare per  
aiutare il paziente*

## *Crisi maniacale (5)*



*Se il paziente non può adottare altri modi di esprimersi o se il comportamento aggressivo è costante..*

*..va attuata una rapida contenzione esplicitando al paziente sia l'intento sia la motivazione (T.S.O.)*

## *Crisi psicotica acuta (1)*

La persona si presenta con *sintomi* quali..

*Deliri*

*Allucinazioni*

*Disturbi formali del pensiero (accelerazione, rallentamento, deragliamento)*

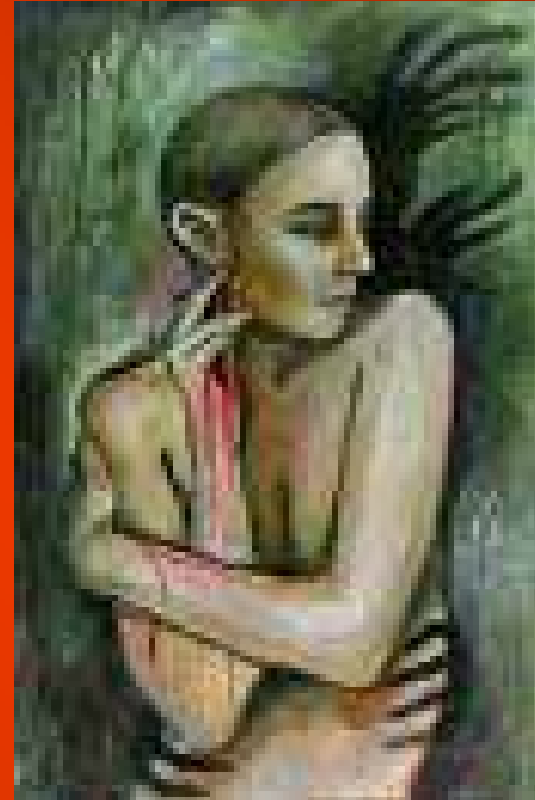
..che possono essere accompagnati da..

Ansia, Agitazione psicomotoria

Compromissione della capacità di critica e giudizio e della sfera affettiva

## *Crisi psicotica acuta (2)*

*Ci può essere  
aggressività...sia  
auto- sia  
eterodiretta,*  
spesso reattiva alle  
modalità coercitive di  
arrivo al pronto  
soccorso che  
possono consolidare  
l'ideazione delirante



## *Crisi psicotica acuta (3)*

Vanno raccolte con attenzione le informazioni riguardanti..

*L'esordio e la durata dei sintomi*

*La storia clinica del paziente*

*La diagnosi differenziale si pone con..*

*Patologie psichiatriche*

*Neurologiche*

*Internistiche*

*Abuso o astinenza da sostanze*



## *Crisi psicotica acuta (4)*

*La persona si sente minacciata ed è spaventata*

L'operatore deve *tenere un atteggiamento rassicurante e comprensivo ed..*

*..evitare atteggiamento eccessivamente rigido o freddo*

*..così da poter stabilire un rapporto in un clima di fiducia, essenziale per poter far accettare le proposte di intervento al paziente*

*Le procedure poste in atto devono essere chiarite al paziente*

## *Crisi psicotica acuta (5)*

La *necessità del ricovero (T.S.O. o T.S.V.)* dipende da:

*Gravità della sintomatologia presente*

*Compromissione del funzionamento psicosociale complessivo*

*Grado di accettazione della terapia*

*Possibilità di convivere in un ambiente familiare capace di accettare e comprendere comportamenti disturbati*

*Grado di consapevolezza di malattia*

## *Crisi nei disturbi di personalità (1)*

In genere si caratterizza per..

*Difficoltà nel controllo degli impulsi*

*Instabilità emotiva*

Soprattutto nei disturbi *borderline, istrionico, narcisistico, antisociale*

Alcuni aspetti clinici:

*Propositi autolesivi o eterolesivi*

*Disturbi d'ansia*

*Impulsività e comportamenti autodistruttivi  
(abuso sostanze, incidenti)*

*Aggressività*

## *Crisi nei disturbi di personalità (2)*

*Spesso la crisi è generata da una perdita o da un abbandono reale o vissuto come tale* nei riguardi di una persona significativa per il paziente

Il medico dovrà *cercare di instaurare una relazione empatica, guidando il colloquio per porre limiti alla divagazioni*

Le modalità di relazione di *questi soggetti sono caratterizzati da eccessive richieste, dipendenza, seduttività o manipolazione*

## ***Crisi nei disturbi di personalità (3)***

Importante chiarirsi se la rete di sostegno familiare e sociale è in grado di contenere i sintomi e comportamenti patologici

***Il ricovero si rende necessario..***

***Se le capacità di funzionamento autonomo sono scarse***

***Se i sintomi presenti sono gravi***

***Se è a rischio la sicurezza personale del paziente o quella degli altri***

***Se i sistemi sociali di supporto sono deteriorati***

## *Un modello di intervento di crisi*

*L'intervento di crisi (IDC)* (Lindermann, 1944) nasce negli USA come specifica modalità d'intervento con sopravvissuti ad un incendio. Successivamente si sviluppano modelli di IDC in tutto il mondo

Durante un'esperienza dolorosa o di lutto, le persone presentano una *reazione di crisi*, centrata su:

Stress somatico

Sentimenti di angoscia e colpa

Reazione ostile

Perdita dei comportamenti abituali

(Lindermann, 1944)

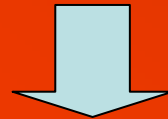
Gerard Caplan definisce la crisi come ***una situazione che si verifica quando una persona si trova di fronte a eventi stressanti che le impediscono di raggiungere obiettivi esistenziali importanti***

L'ostacolo apparirà non superabile con i consueti meccanismi di problem-solving e porterà a rottura dell'equilibrio e un periodo di disorganizzazione e sconvolgimento durante il quale si vivrà un aumento della tensione, risolvibile con la messa in atto di nuove strategie

Secondo Caplan, la crisi dura complessivamente cinque-otto settimane e si articola in quattro stadi:

1) Improvviso incremento della tensione emotiva e primi tentativi di problem-solving

2) Ulteriore aumento della tensione per senso di incapacità a risolvere la crisi



3) Depressione acuta

3) tentativo di reagire



4) Collasso emotivo

4) Comportamenti  
maladattativi con  
deterioramento sociale



Caplan parla di ***crisi maturative e fortuite***

Le ***crisi maturative*** sono periodi transitori nello sviluppo della personalità caratterizzato da un sovvertimento cognitivo ed affettivo (es. pubertà, menopausa, vecchiaia, etc.)

Le ***crisi fortuite*** sono periodi di sconvolgimento psicologico precipitati da eventi di perdita significativi (es. malattia)

Entrambe offrono all'individuo anche  
***un'opportunità di crescita***