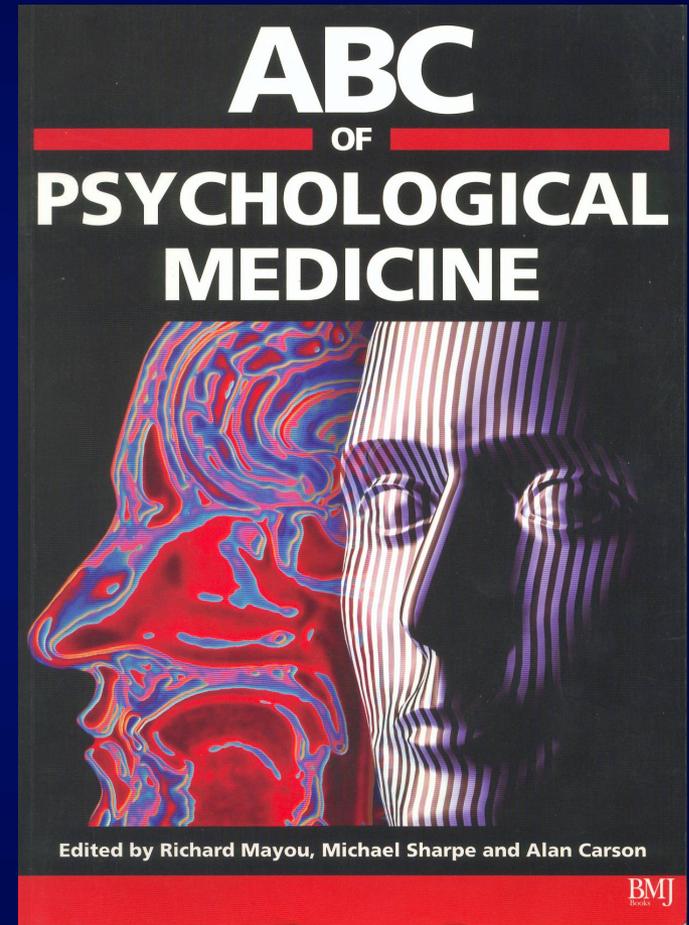


Secondo Seminario

PSYCHOLOGICAL MEDICINE

**Le tecniche psicologiche
e la professionalità medica**



“E’ sparito il dottore di una volta.

Ora ci sono gli specialisti – Ti si ammala il naso?

***Ti spediscono a Parigi: là (ti assicurano) c’è uno
specialista di fama europea.***

***Arrivi a Parigi e quello ti dice: io vi posso curare
soltanto la narice destra, perché le narici
sinistre non rientrano nella mia specialità”.***

F.Dostoevskij, I fratelli Karamazov

LA NECESSITA' DI ESSERE MEDICO FINO IN FONDO

L'obiettivo della medicina e del singolo medico sul campo è triplice:

1. Guarire le malattie guaribili;
2. Prolungare la sopravvivenza dei portatori di malattie croniche;
3. Migliorare la qualità di vita residua quando la sua durata va oltre le possibilità di controllo.

CURARE LA PERSONA

Nell'esercitare la professione medica sono necessarie adeguate competenze comunicativo-relazionali per riportare il rapporto con il paziente ad una dimensione capace di attivare:

- 1.FIDUCIA
- 2.COLLABORAZIONE TERAPEUTICA

IL FINE ULTIMO DELLA MEDICINA E' CURARE LA PERSONA E NON LA MALATTIA.

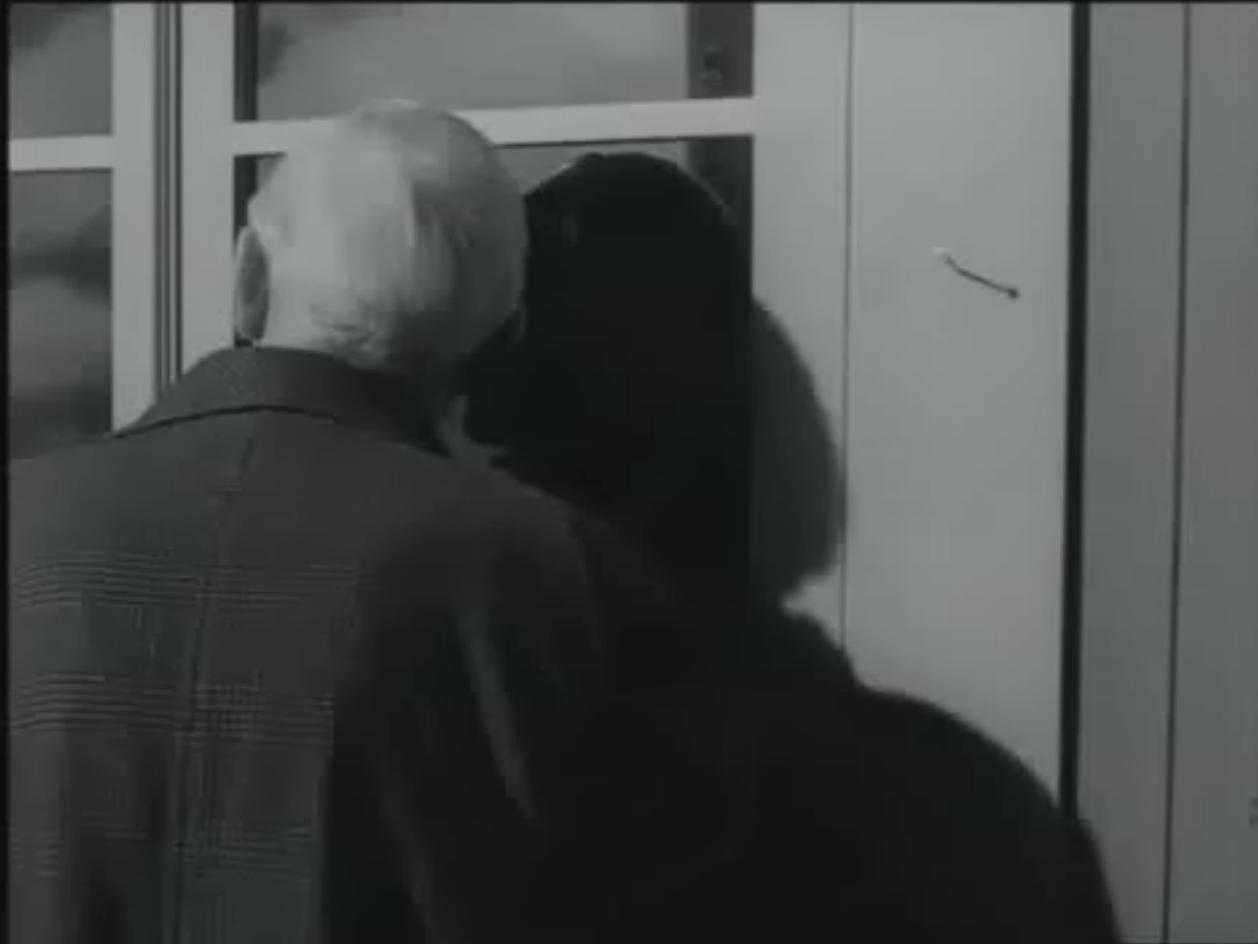
LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE



tra competenze tecnico-scientifiche e incontro umano



Ingmar Bergman *Il posto delle fragole* (1957)



Perdono,ma per quali colpe?

“Essenzialmente per la presunzione e l'indiscrezione perpetuamente connesse con la pretesa terapeutica.

La presunzione, l'arroganza di credersi capace di risolvere le difficoltà, correggere le distorsioni, colmare le lacune del paziente; la superbia di sapere le cause del suo dolore, della sua angoscia....

La vanità di ritenersi indispensabile, grande e generoso, e di poter utilizzare l'altro per questa gratificazione narcisistica.

L'indiscrezione che porta il medico a ispezionare il corpo del malato nella sua inconsueta nudità, nei suoi recessi, nei suoi escreti, a indagare e frugare nelle sue viscere con ogni genere di manipolazione e con l'ausilio di apparecchiature sempre più perfezionate...”

(G. Carloni, 1982)

ascolto

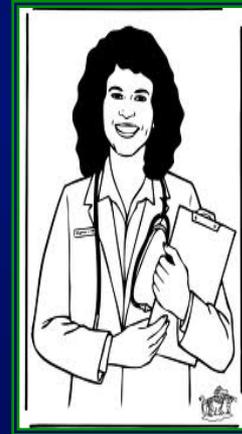
competenza

comunicazione

umanità

relazione

diagnosi

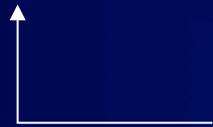


terapia

curare

prendersi cura

DOMANDA



Soggettività del Pz: bisogno/sofferenza



Soggettività del Medico: competenza/ascolto



RISPOSTA

LA CLINICA

“klinikos”, “kline”

inchino, letto

Malattia

Cura

Vicinanza al pz.

-Sofferenza del pz.

-Scienza del curante

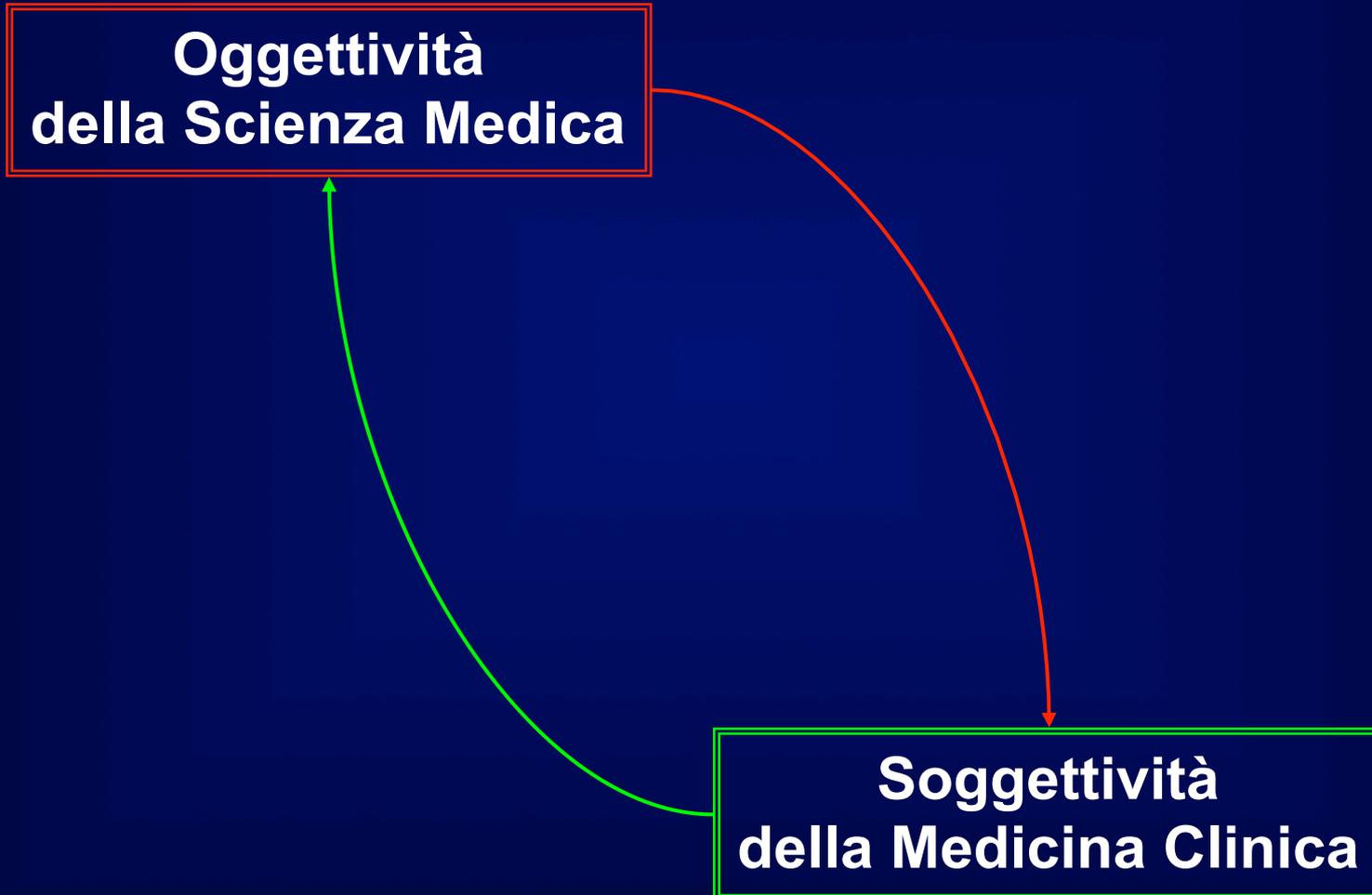
UOMO E MALATTIA



- Evento Oggettivo
- Esperienza Soggettiva

“ogni paziente è fatto a modo suo...”

UOMO E MALATTIA



tutti i disturbi biologici hanno elementi psicologici

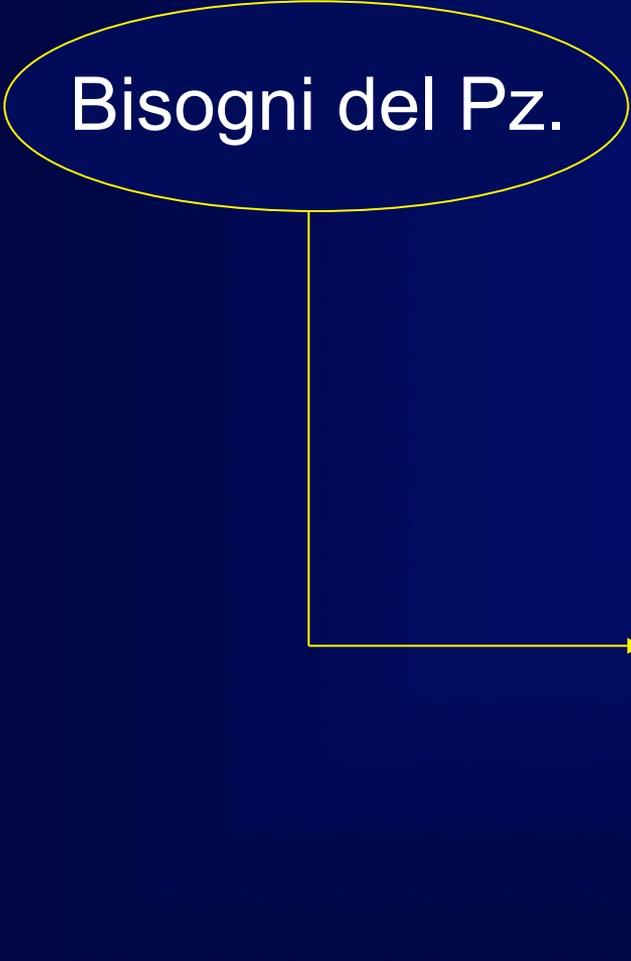
e

tutti i disturbi psicologici hanno elementi biologici

LA DOMANDA DEL PAZIENTE

MOTIVAZIONI PSICOLOGICHE ALLA VISITA MEDICA

Bisogni del Pz.



```
graph TD; A([Bisogni del Pz.]) --- B[di individuazione e di conferma]; A --- C[di informazione]; A --- D[di trattamento]; A --- E[di appoggio emotivo];
```

- di individuazione e di conferma
- di informazione
- di trattamento
- di appoggio emotivo

ASPETTATIVE DEL PAZIENTE

- essere ascoltato e compreso
- essere considerato come persona
- competenza del medico
- essere informato con risposte comprensibili
- essere assistito
- aspettative magiche, pretese, rivendicazioni

LA RISPOSTA DEL MEDICO



COMPLIANCE

la condizione in cui un paziente segue, volontariamente o meno, un determinato trattamento

ADERENZA

prevede che il paziente, oltre a seguire il trattamento, sia anche motivato a farlo

MEDICO

intervento

Empatia

Alleanza
Terapeutica

Fiducia

COMUNICAZIONE

COMUNICAZIONE

outcome

PAZIENTE

Compliance-Aderenza

CONCETTI DI BASE NELL' INCONTRO CON IL PAZIENTE

(Iandolo, 1979)

- ✓ confini tra “sano” e “patologico” talvolta sfumati
- ✓ non esistono “malattie” ma individui “ammalati”
- ✓ non esistono “malattie di singoli organi” ma “organismi ammalati”
- ✓ ogni malato vive “la sua malattia”
- ✓ conoscere “quale malato abbia quella malattia”
- ✓ malattia come evento biologico-psicologico-sociale

LIVELLI DI SPECIFICITÀ DEL METODO CLINICO

DESCRITTIVO

PSICODINAMICO

Malattia



Ammalato

Osservazione



Relazione

Sintomo



Significato

Diagnosi
Nosografica



Diagnosi
Globale

LA VISITA MEDICA



Il successo di ogni visita medica dipende dalla comunicazione fra medico e paziente. Ci sono fondate evidenze che l'outcome clinico è strettamente collegato alla qualità della comunicazione.

IL DOPPIO FOCUS

I pazienti non sono malati solo fisicamente o solo mentalmente. Spesso sono tutte e due le cose e all'inizio della visita di solito non è possibile distinguere chiaramente fra le due condizioni. Il compito del medico è quindi avere un ASCOLTO ATTIVO alla storia del paziente cercando di identificare segni di malattia fisica e di sofferenza emotiva

Coinvolgere il paziente

- Negli ultimi decenni il cambiamento della realtà sociale e della organizzazione dei sistemi sanitari ha prodotto cambiamenti radicali nelle aspettative che i pazienti hanno rispetto il loro medico e nella concezione che i medici hanno dei loro pazienti.
- L'abbandono delle teorie eziologiche e la messa a punto dei fattori di rischio ha condotto alla necessità di persuadere i pazienti sull'importanza delle azioni preventive e sull'evitare i rischi per la loro salute.
- Di conseguenza i pazienti richiedono oggi molte più informazioni di quelle che i medici sono abituati a dare e vogliono avere un ruolo primario nella decisione del trattamento sulla base delle percentuali di successo attese e sui possibili effetti collaterali. Esistono peraltro pazienti che non vogliono partecipare al processo decisionale e preferiscono che il medico decida su ogni fase del trattamento, mettendoli via via al corrente.
- La principale abilità del medico sta nell' ottenere in ogni singolo paziente un corretto bilanciamento delle responsabilità

Le Tre Funzioni della Visita Medica

1 COSTRUIRE UNA RELAZIONE

- Accogliere con cordialità il paziente
- Ascolto Attivo
- Raccogliere segnali emotivi e rispondere

2 RACCOGLIERE DATI

- Non interrompere il paziente
- Far venir fuori il modello esplicativo del paziente
- Considerare anche altri fattori

3 ACCORDARSI SU UN PIANO DI MANAGEMENT

- Fornire informazioni
- Uso appropriato della rassicurazione
- Negoziare le fasi successive del management



RISPONDERE AI SEGNALI DEL PAZIENTE

■ *SEGNALI VERBALI:*

Esplicitate ciò che avete osservato (Es.: Lei ha detto di essere diventato di recente teso ed irritabile)

Ripetete le parole esatte del paziente che vi sembrano significative (Es.: Non si sente bene da quando è morta sua madre...)

Sollecitate chiarimenti: Cosa vuole dire quando dice che si sente sempre stanca?

■ *SEGNALI NON-VERBALI:*

Fate commenti su ciò che osservate: Sento dispiacere nelle sue parole

Fate domande sulle emozioni: Mi chiedo se questo non la spaventi più di quanto lei voglia ammettere

Stile dell'intervista medica che facilita la valutazione dei problemi emotivi del paziente

INIZIO DELL'INTERVISTA:

Partire con domande generali e aperte, per continuare con domande dirette e chiuse solo nel seguito

Guardare negli occhi il paziente (Good eye Contact)

Chiarire i sintomi presentati dal paziente

Usare stile direttivo per parlare dei sintomi fisici

STILE DELL'INTERVISTA

Fare commenti empatici

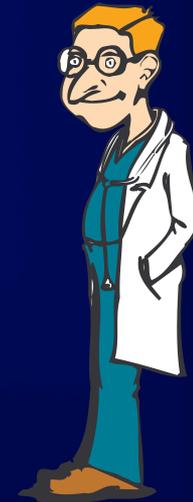
Raccogliere segni verbali

Raccogliere segnali non verbali

Non leggere documenti mentre si ascolta la storia del paziente

Limitare la tendenza a discorsi-fiume

Porre ulteriori domande sulla storia emotiva del paziente



IL COLLOQUIO CLINICO

IL COLLOQUIO CLINICO



*Tecnica di osservazione e studio
del comportamento umano*

IL COLLOQUIO CLINICO

(Baldaro et al., 1994)

Tecnica di osservazione e studio del comportamento umano



*studio e utilizzo del comportamento globale del paziente
all'interno di una relazione*

IL COLLOQUIO CLINICO

(Baldaro et al., 1994; Iandolo, 1979)

- Raccolta di informazioni
- Conoscenza dello stile relazionale del paziente
- Definizione dei problemi
- Definizione della relazione
- Fornire informazione e motivare al cambiamento
- Fornire sostegno psicologico

COMUNICAZIONE

EMOZIONI

RELAZIONE

DIMENSIONI COMUNICATIVE NELLA RELAZIONE M/P

- RELAZIONE DA PERSONA A PERSONA
- DUE SISTEMI DI BASE DELLA COMUNICAZIONE:
VERBALE E NON-VERBALE
- DIMENSIONE PROFESSIONALE (TECNICO-
SCIENTIFICA e UMANITARIA)
- AREA DELLA FIDUCIA
- AREA DELLA SODDISFAZIONE

Parlare con i pazienti

Linee guida per un corretto colloquio medico - paziente

- 1 PREPARARE E INTRODURRE IL COLLOQUIO
- 2 IDENTIFICARE PROBLEMA / ARGOMENTI
- 3 INTERVISTA NON DIRETTIVA (centrata sul paziente)
- 4 INDAGINE APERTA DIRETTIVA (centrata sul paziente)
- 5 USO DI TECNICHE DI COMPrensIONE E GESTIONE DELLE EMOZIONI
- (ECRA: esplicitare capire rispettare aiutare)
- 6 TRANSIZIONE (processo centrato sul medico)
- 7 INTERVISTA DIRETTIVA

FASE 1: PREPARARE E INTRODURRE IL COLLOQUIO

- Accogliere il paziente
- Chiamare il paziente con il suo nome
- Presentarsi e definire il proprio ruolo
- Assicurarsi la disponibilità del paziente
- Rispettare la privacy
- Rimuovere le barriere comunicative
- Accertarsi che il paziente sia a proprio agio

FASE 2: PROBLEMA PRINCIPALE / ARGOMENTI DA TRATTARE

- Precisare il tempo a disposizione
- Far presenti le proprie esigenze
- Ottenere una lista di tutti i problemi (sintomi, richieste, aspettative, spiegazioni)
- Sintetizzare e fissare la lista degli argomenti, negoziandola col paziente

TECNICHE FACILITANTI NELLA COMUNICAZIONE VERBALE

- APERTURA CON STILE
NON DIRETTIVO
- ASCOLTO ATTIVO
- EMPATIA, OTTENUTA
CON UNA CORRETTA
GESTIONE DELLE
EMOZIONI:
 - Esplicitare
 - Comprendere
 - Rispettare
 - Aiutare



Tecniche di gestione emotiva (ECRA)

- Preliminare: lasciare un tempo sufficiente (1/3 del tempo disponibile) alla fase non direttiva
- Comunicare che si è riconosciuto l'emozione Esplicitandola
- Mostrare Comprensione (empatia)
- Rispettare la situazione emotiva
- Rinnovare la disponibilità ad Aiutare

ESEMPIO DELL'USO DELLE QUATTRO TECNICHE E.C.R.A.

Pz: (ha espresso solitudine per la morte di un amico)

M: Così si è sentito parecchio solo...(E)

Pz: Dividevamo tante cose... esagero?

M: Per niente. La capisco, ci addoloriamo per tutte le perdite, è comprensibile (C)

Pz: Ho pensato.. È stupido, lo so ... che potrei avere anch'io un tumore...

M: Perché è stato un periodo difficile per lei, è normale (R)

Pz: Lo è stato davvero. (pausa) Grazie. Ora mi sento meglio...

M: Qualche volta serve proprio parlarne (A)

OSTACOLI ALLA COMUNICAZIONE

- IL PROBLEMA DEL TEMPO
- IL PROBLEMA DEL DOLORE, DELLA SOFFERENZA E DELLA MORTE
- IL PROBLEMA DELLA SESSUALITA'
- IL PROBLEMA DELLE ANSIE DEL MEDICO: ansia di incapacità e fallimento
- IL PROBLEMA DELL' ERRORE

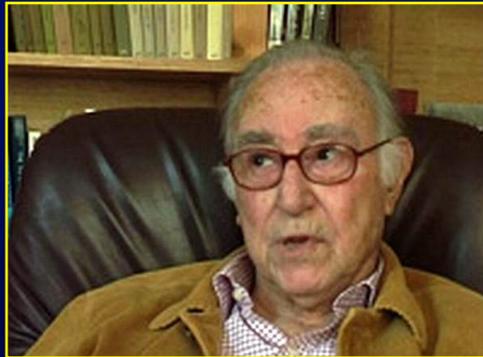
SCELTE E DECISIONI DA PRENDERE

- scelte e decisioni vanno prese in comune fra medico e paziente
- il paziente prende le decisioni sulla base delle notizie ricevute dal medico di cui si fida
- il medico fornisce notizie sulla base delle sue conoscenze scientifiche e usando la tecnica che ha appreso
- medico e paziente devono negoziare le scelte e le decisioni assieme

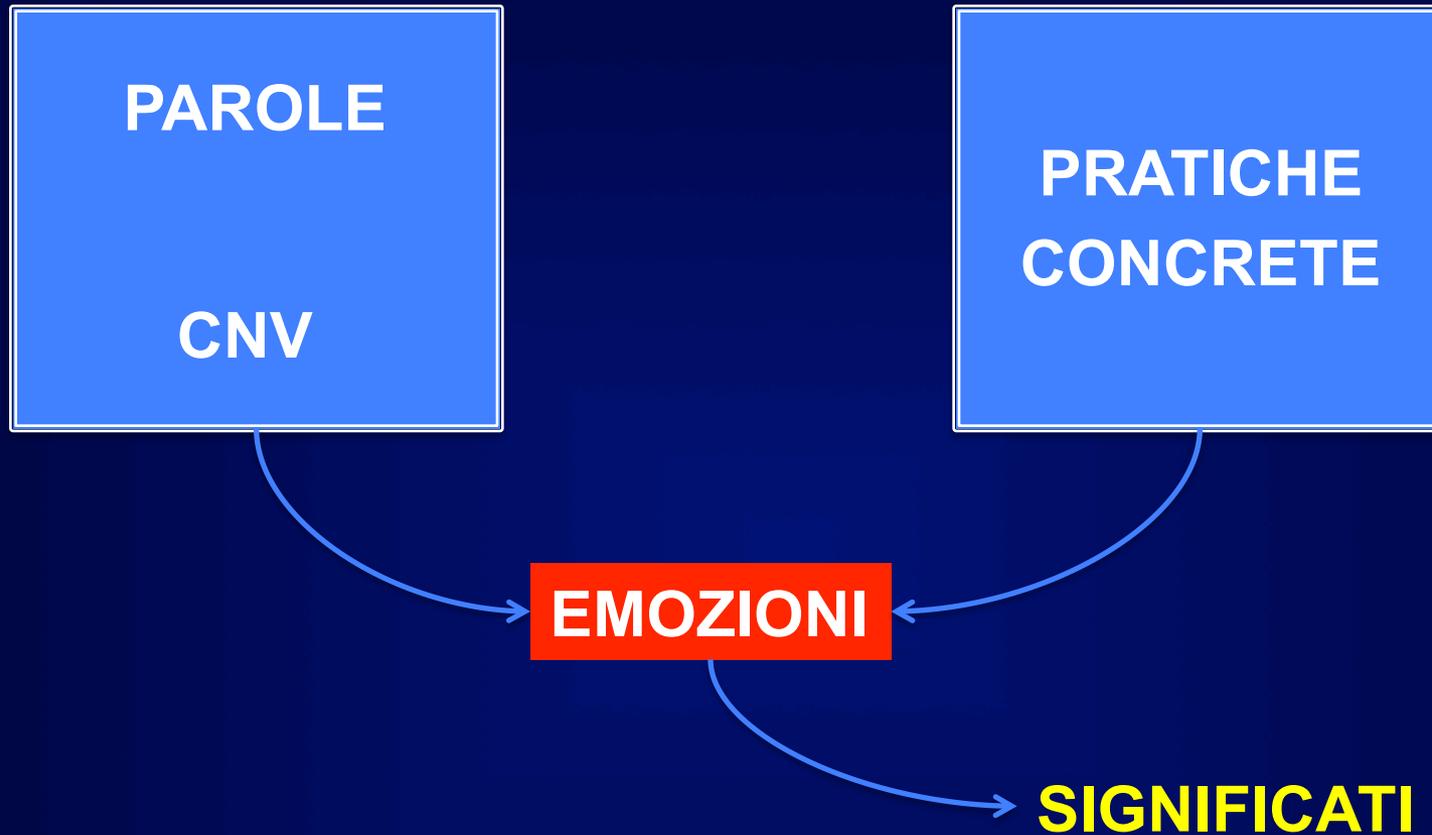
*“Una lingua senza emozioni è una lingua morta,
un’emozione senza lingua non è comunicabile.*

La lingua si pone tra l’urlo e il silenzio.

*Spesso il silenzio rende udibile il grido di dolore psichico,
e dietro il grido c’è la richiesta di silenzio come appagamento”*



(A. Green, 1990)



creazione/condivisione di significati

INCONTRO CON IL PAZIENTE

COMPETENZA EMOTIVA

- consapevolezza dei propri stati emotivi
- capacità di esprimere verbalmente le emozioni
- controllo espressività delle proprie emozioni
- abilità ad individuare le emozioni altrui
- capacità di coinvolgimento empatico con l'altro
- consapevolezza delle regole culturali
- consapevolezza della “effettualità” del proprio comportamento emotivo

LA RELAZIONE DI AIUTO CON IL PAZIENTE

VARIABILI RELAZIONALI

- impossibilità di ritirarsi dalla relazione
- evocazione proprie esperienze passate
- confronto con emozioni che emergono dalla relazione
- meccanismi di difesa (...dell'operatore)

giusta distanza modulabile

osservare e capire “a distanza” dall’ oggetto

“PENSARE SUL PAZIENTE”

oggettificazione

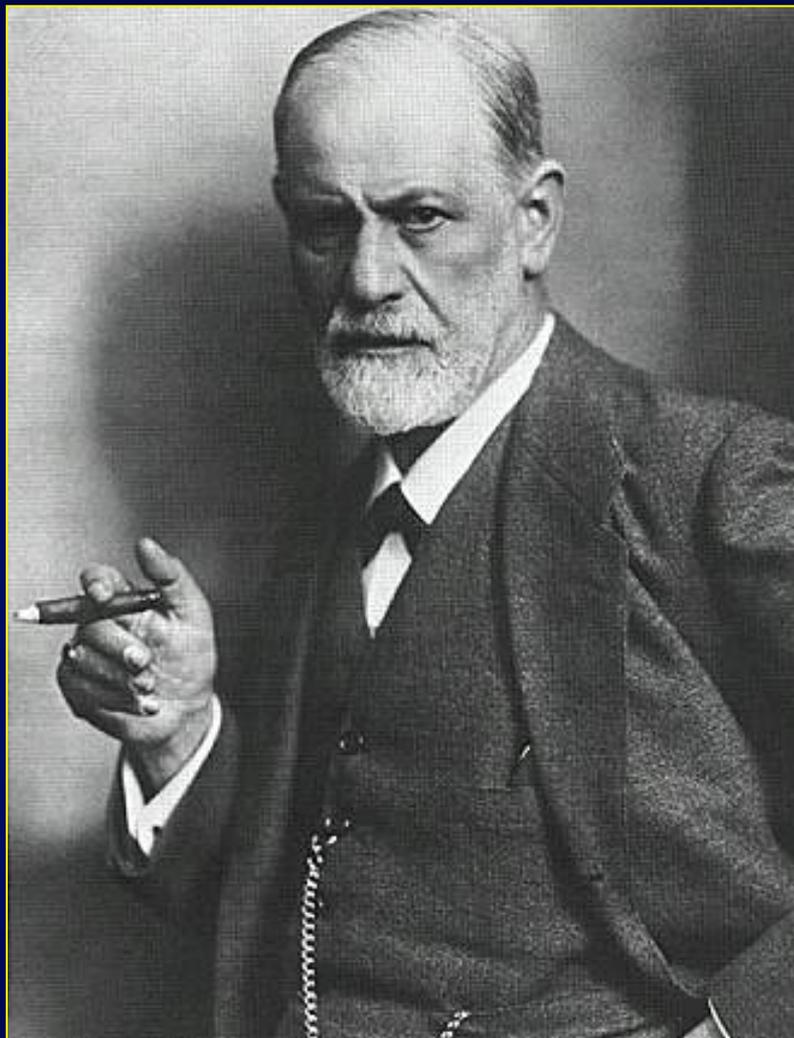


identificazione

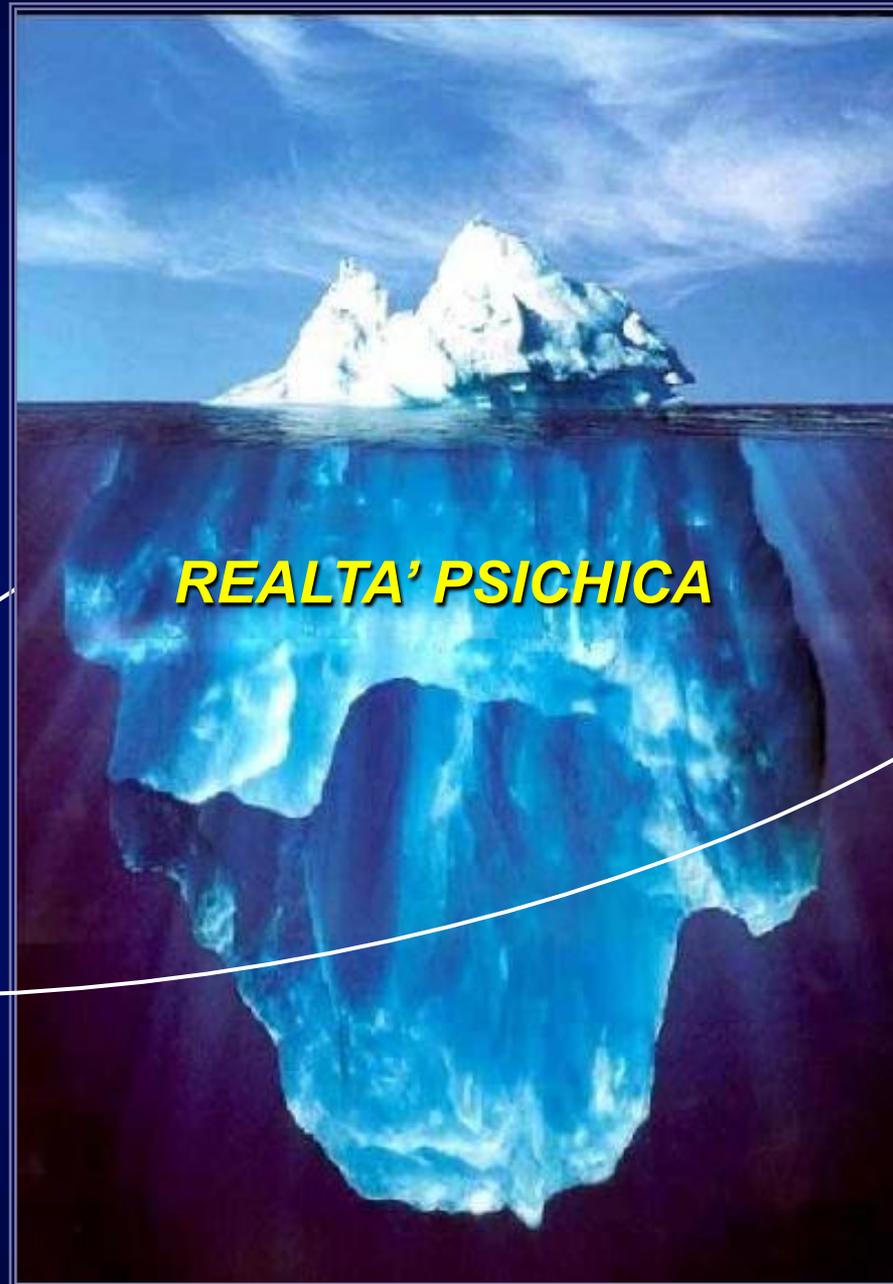
“SENTIRE CON IL PAZIENTE”

interagire e relazionarsi “in prossimità” del soggetto

L'INCONSCIO NELLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE

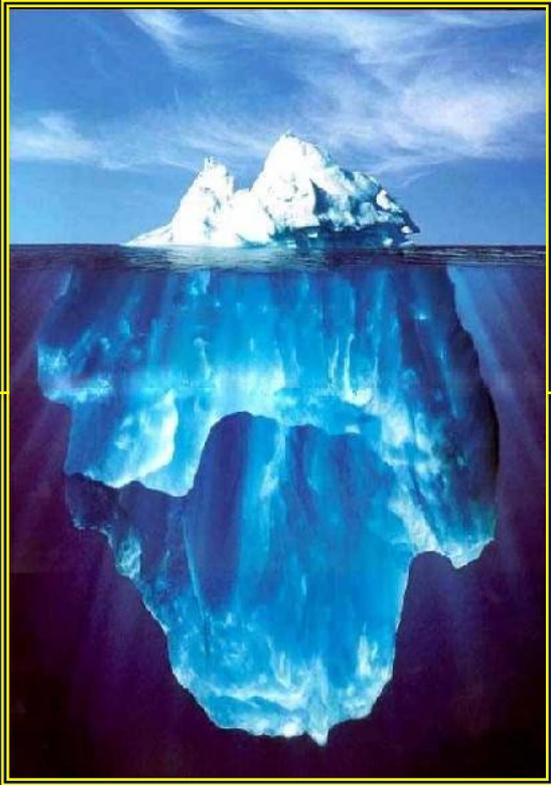


SIGMUND FREUD
(1856-1939)



PRESENTE

PASSATO



PAZIENTE



MEDICO

Comunicazione – Relazione



COMUNICAZIONE

Verbale

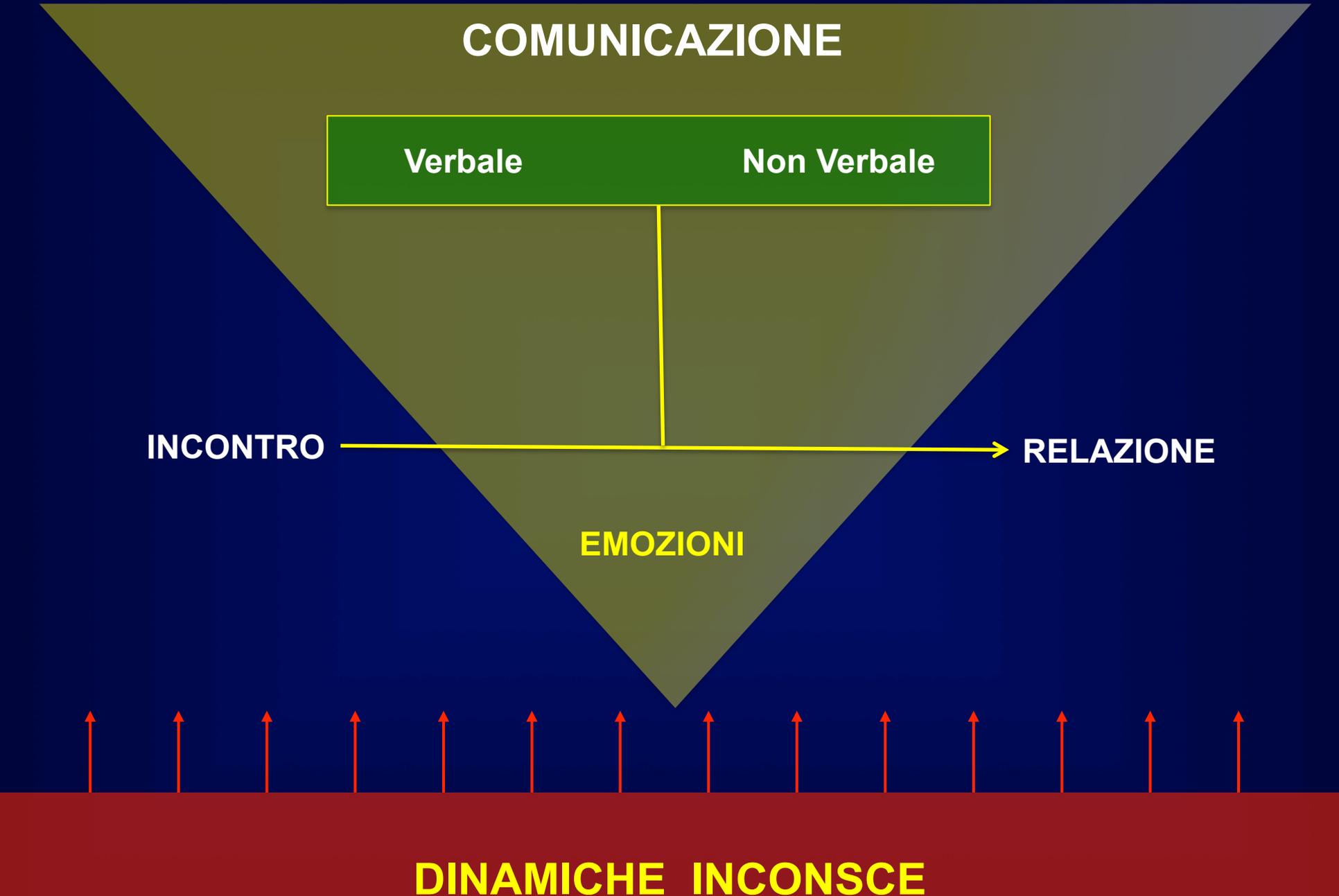
Non Verbale

INCONTRO

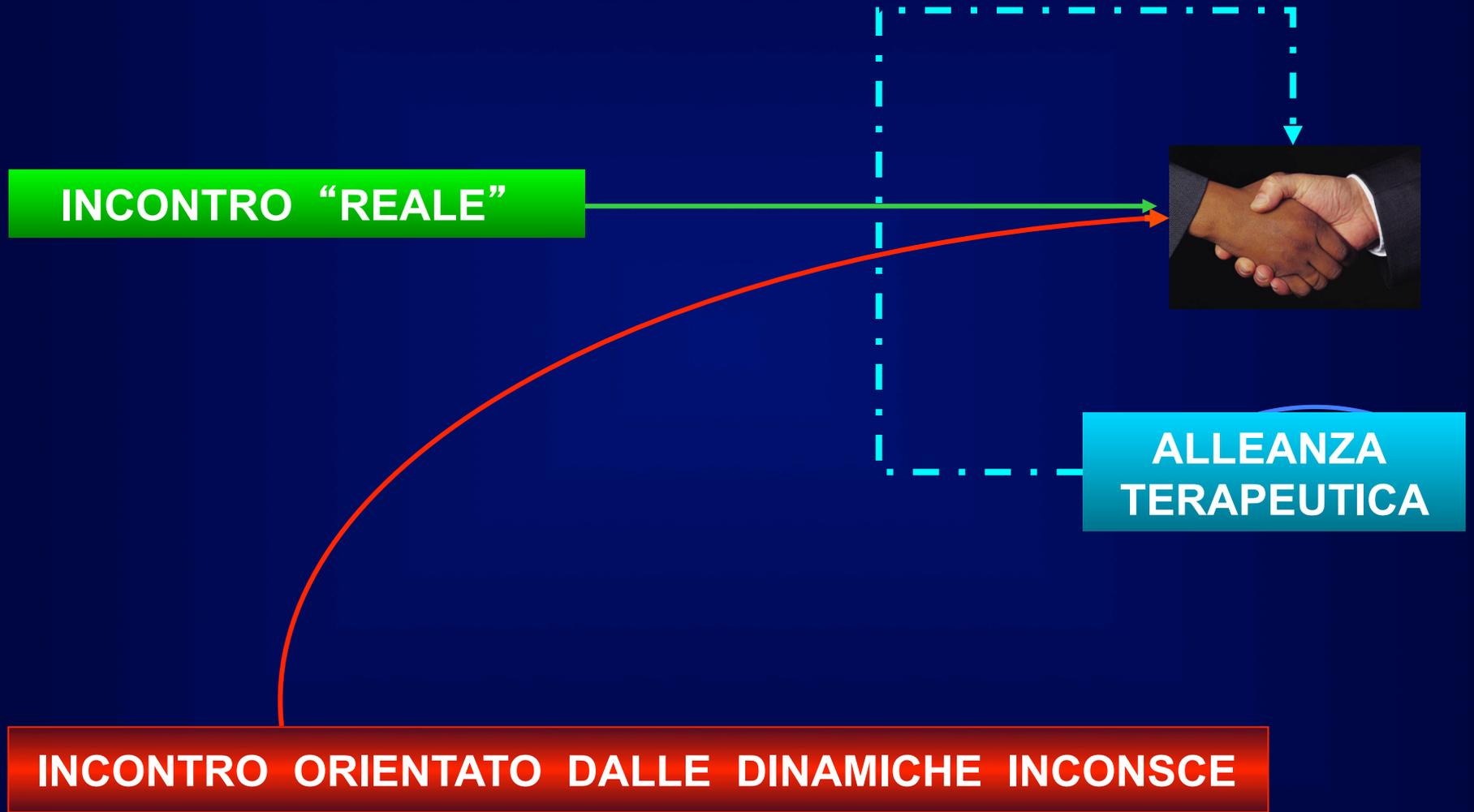
RELAZIONE

EMOZIONI

DINAMICHE INCONSCIE



LIVELLI DELL'INCONTRO MEDICO-PAZIENTE



CONTROTRANSFERT

TRANSFERT