

Corso Integrato
Scienze Umane - Medical Humanities

PSICOLOGIA GENERALE

Docente. Stefano Tugnoli

LEZIONE 4

30/10/17

COMPETENZA EMOTIVA E RELAZIONALE NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

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



(A. Green, 1990)

COMPETENZE EMOTIVE E RELAZIONALI



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

COMPETENZA RELAZIONALE E COMUNICATIVA

- Relazione come mezzo per raggiungere degli obiettivi
- Ascolto
- Interpretare correttamente le comunicazioni del pz.
- Domandare, chiarire, informare, consigliare, orientare
- Asimmetria, Neutralità e Empatia
- Riconoscere i tratti di personalità del pz.
- Cogliere e comprendere sentimenti e reazioni emotive
- Scoprire obiettivi nascosti di comportamenti intenzionali
- Individuare le modalità del pz. di gestire/fronteggiare la malattia
- Stile, Autocontrollo, Discrezione e Riservatezza
- Autenticità
- Segreto Professionale

LA RELAZIONE DI AIUTO CON IL PAZIENTE

VARIABILI RELAZIONALI

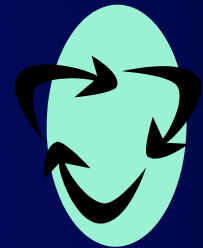
- impossibilità di ritirarsi dalla relazione
- evocazione proprie esperienze passate
- confronto con emozioni che emergono dalla relazione
- meccanismi di difesa (...del medico)

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

REAZIONI EMOTIVE ALL'INCONTRO CON IL PAZIENTE

Cogliere e considerare il proprio vissuto emotivo con quella particolare persona e in quel particolare momento.

Reazioni alla situazione anche in base a propria struttura di personalità, alle proprie vicende di vita personale, al tipo di formazione ricevuta e alle proprie esperienze professionali.

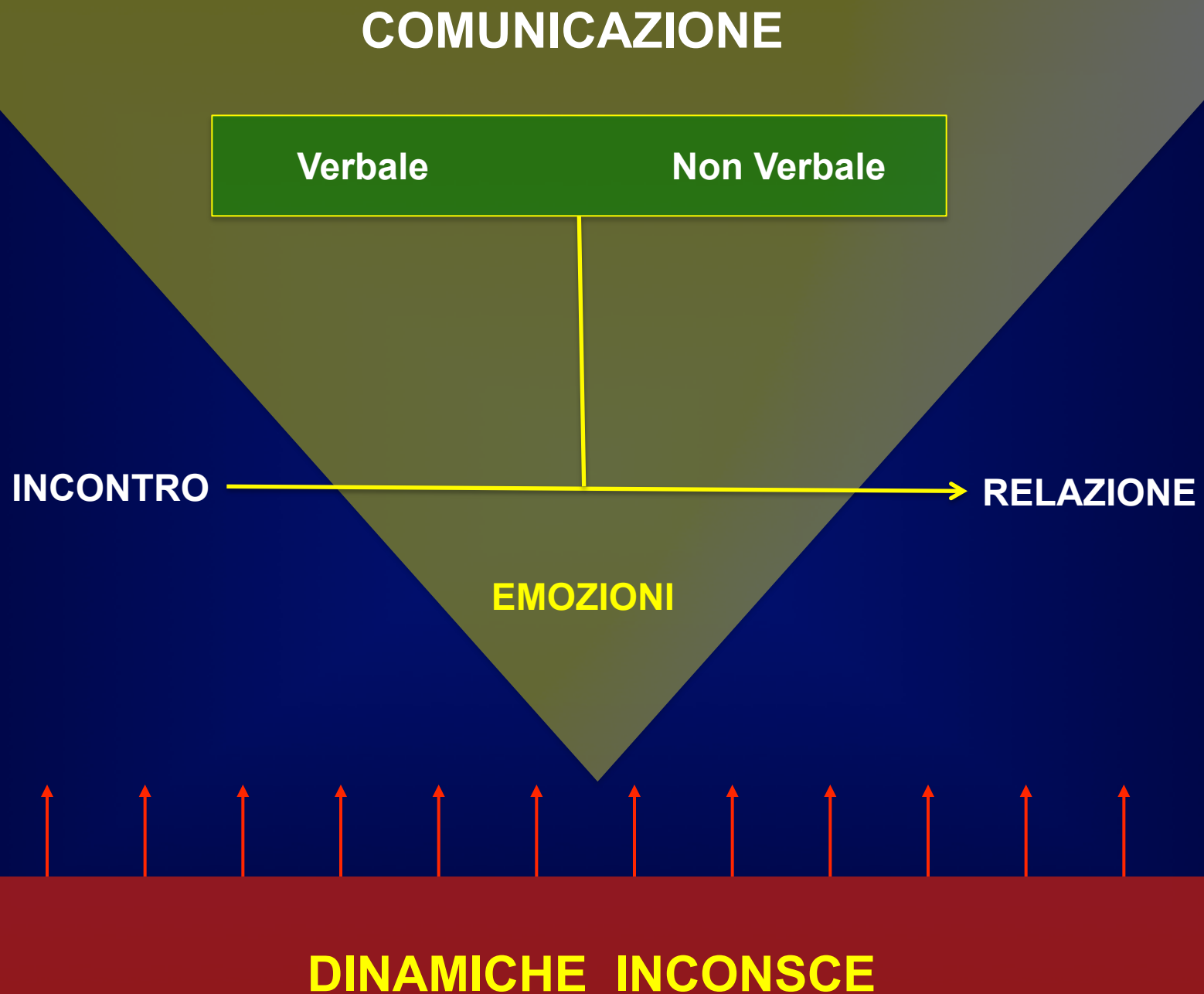
In alcune situazioni si attivano vissuti che determinano la comparsa di difficoltà comunicative, valutative, operative.

→ Contagio Emotivo

- *Ho una sensazione di noia profonda e mi vengono improvvisi colpi di sonno,*
- *Non so perché ma questa persona mi irrita, mi angoscia, mi scoraggia e mi deprime, mi attrae*
- *Non riesco a provare empatia, non riesco a trovare collaborazione*
- *Ci vorrebbe qualcun altro più bravo di me*
- *Penso che i colleghi che mi hanno preceduto siano degli incapaci*

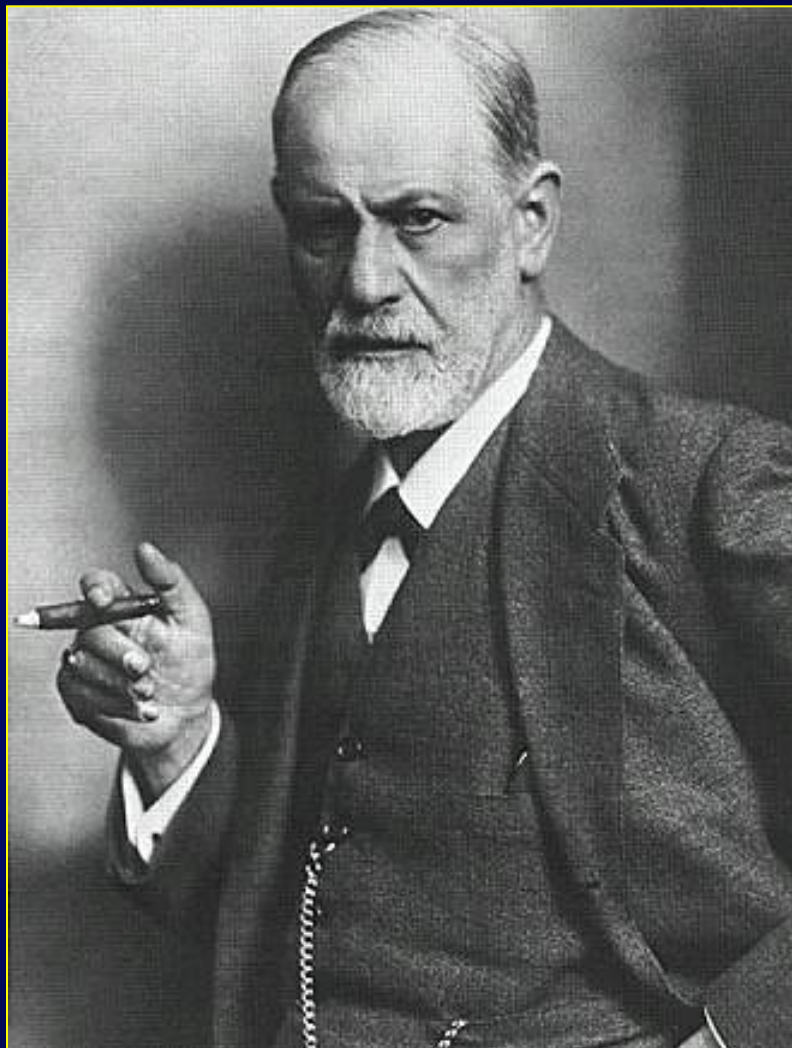
→ Operazioni di “Sicurezza” (Difese)

- ◆ cercare di mostrarsi sempre molto intelligente
- ◆ sforzarsi di capire sempre tutto
- ◆ cercare di conquistare la fiducia e l'ammirazione dell'altro a ogni costo
- ◆ assumere una posizione inquisitoria
- ◆ ostentare freddezza e distanza come caricatura della neutralità o, al contrario, amichevolezza e vicinanza
- ◆ assumere una posizione di attesa passiva, sempre e comunque o, al contrario, di incondizionato attivismo



L'INCONSCIO

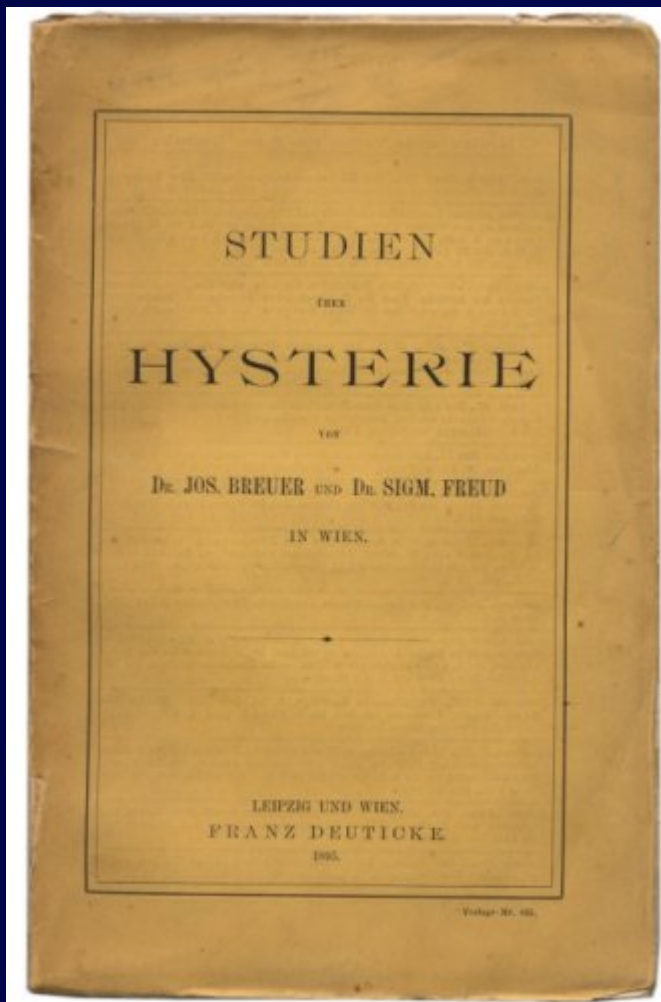
NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE



SIGMUND FREUD
(1856-1939)

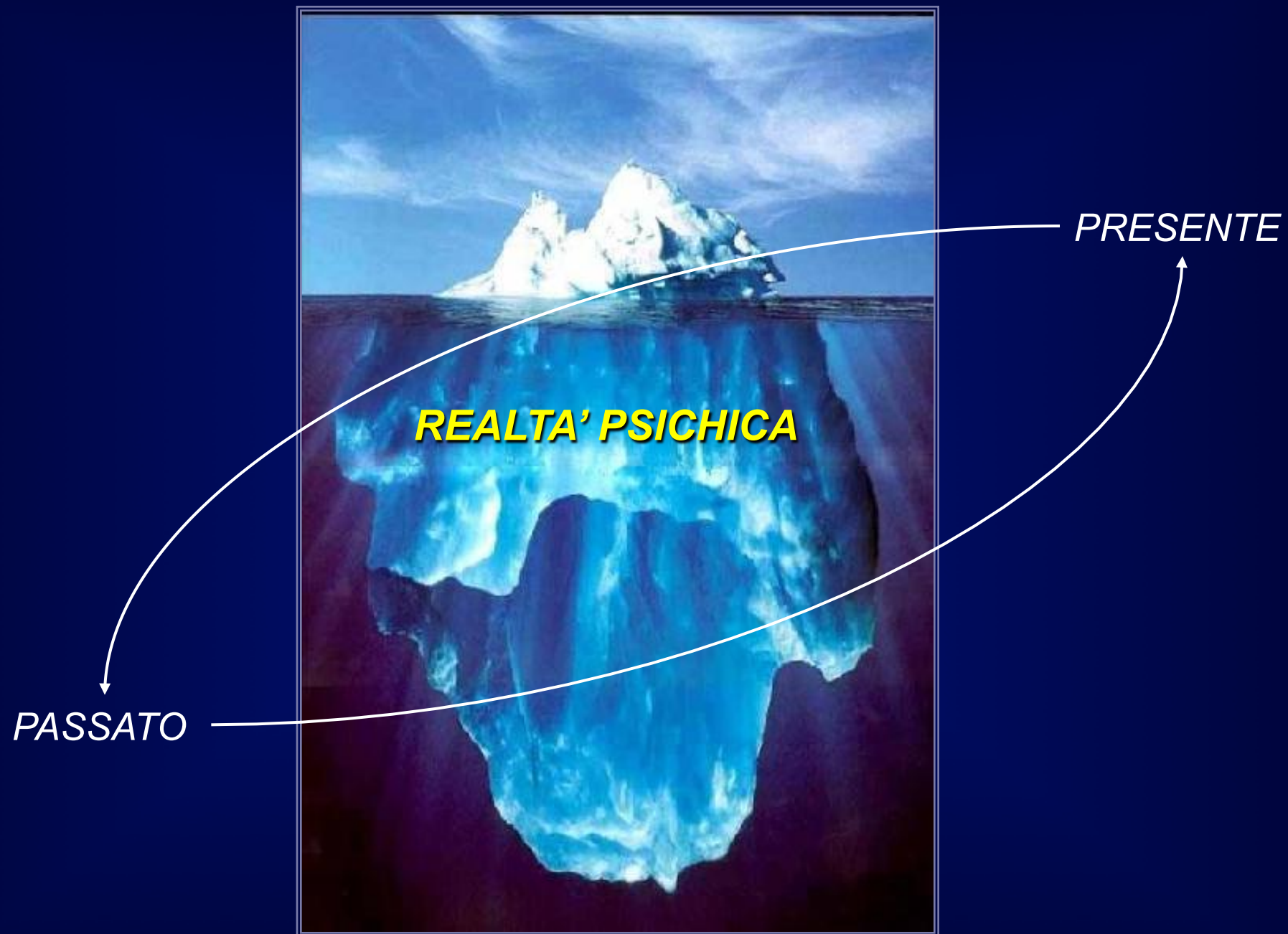






"Each individual hysterical symptom immediately and permanently disappeared when we had succeeded in bringing clearly to light the memory of the event by which it was provoked and in arousing its accompanying affect,
and
when the patient had described that event in the greatest possible detail and put the affect into words."

Sigmund Freud
(1895)



LIVELLI DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

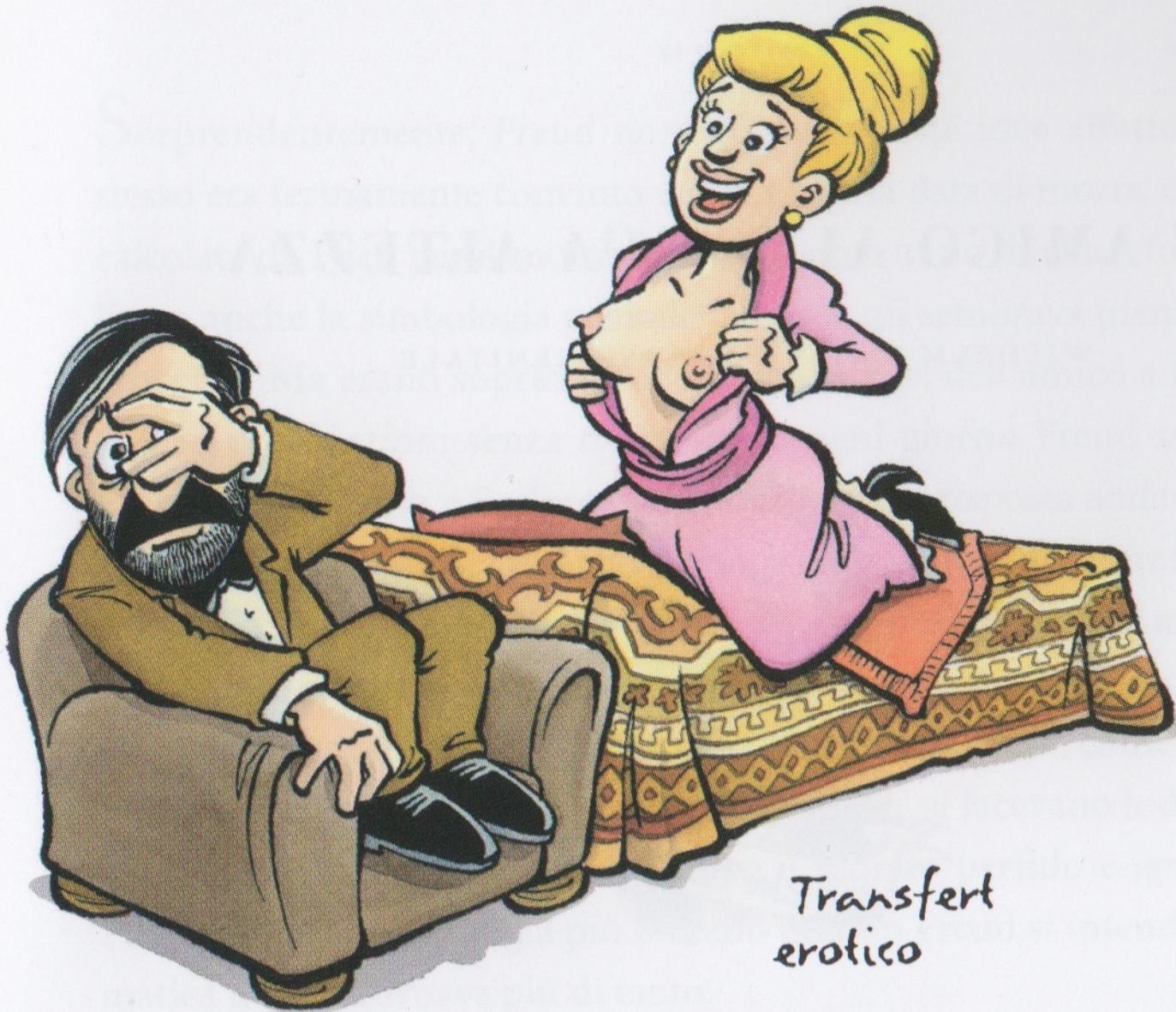
RELAZIONE “REALE”



ALLEANZA
TERAPEUTICA

TRANSFERT ↔ CONTROTRANSFERT

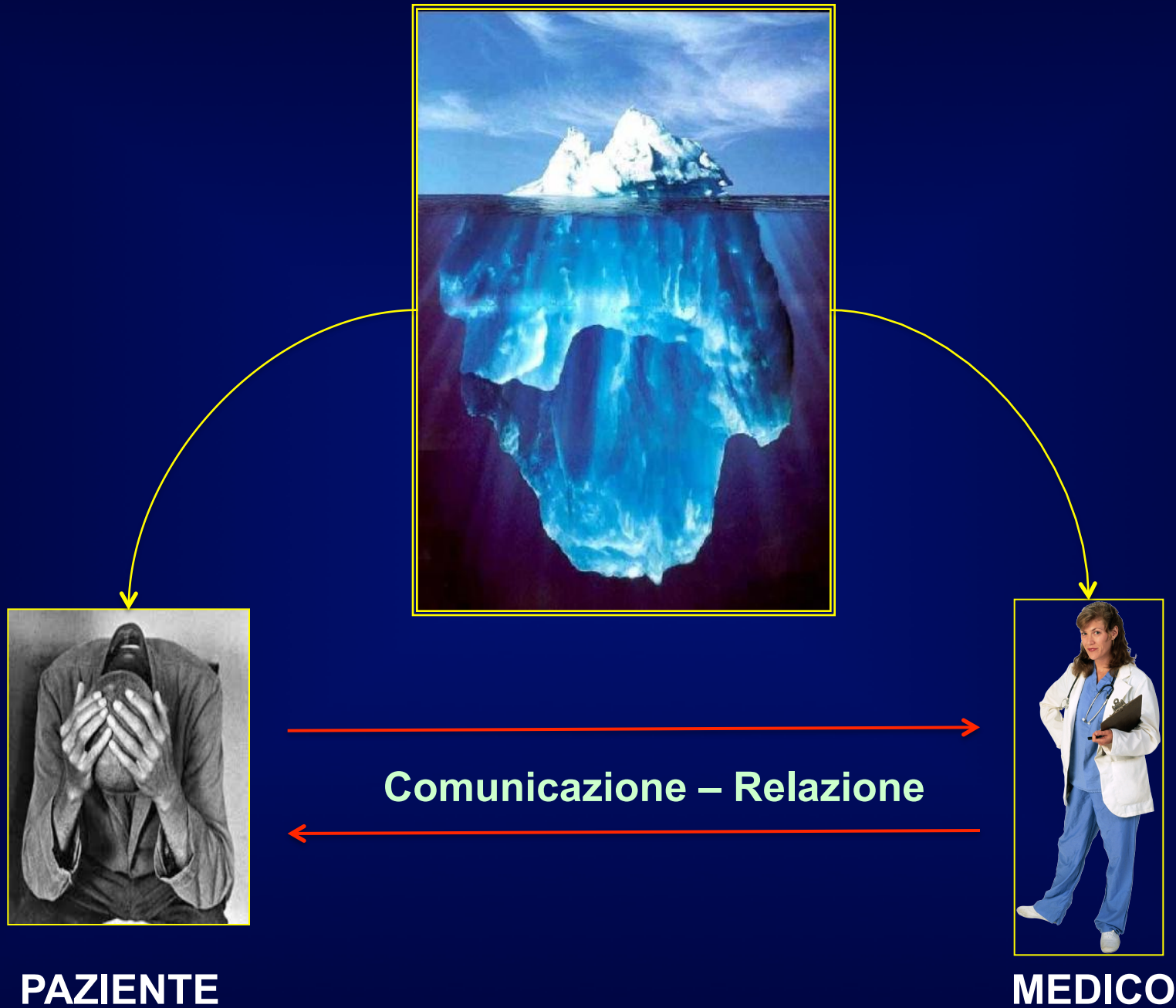
INCONTRO ORIENTATO DALLE DINAMICHE INCONSCIE



Transfert
negativo







LA PERSONA DEL MEDICO

NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

***ogni malattia è anche il “veicolo” di una
richiesta di amore e di attenzione***

(M.Balint, 1957)

***il farmaco di gran lunga più usato in Medicina Generale
è
il medico stesso***

(M.Balint, 1957)

prescrizione di se stesso

CARATTERISTICHE DELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

- ❑ Asimmetria e Complementarietà
- ❑ Contrattualità implicita
- ❑ Centralità dell' obiettivo
- ❑ Limitatezza (di tempi, luoghi, contenuti)
- ❑ Intimità - Corpo oggettivizzato
- ❑ Ritualizzazione

MODELLI DI RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

MODELLI DI RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

- 1) Natura della malattia
- 2) Atteggiamento del Medico
- 3) Comportamento del Malato

RAPPORTO BASATO SULLA NATURA DELLA MALATTIA

[Hollender, 1958]

Attività-Passività

→ *madre-lattante*

Guida-Collaborazione

→ *genitore-bambino/adolescente*

Partecipazione reciproca

→ *adulto-adulto*

RAPPORTO BASATO SULL' ATTEGGIAMENTO DEL MEDICO

[Schneider, 1969]

REIFICAZIONE

- 
- *Relazione Scientifica*
 - *Relazione di Servizio*
 - *Relazione Interpersonale Soggettiva*

PERSONALIZZAZIONE

RAPPORTO BASATO SUL COMPORTAMENTO DEL Pz.

- **Paziente “Buono”/”Facile”**
- **Paziente Partecipe**
- **Paziente “Cattivo”/“Difficile”**

- ❖ *“voglio sapere quanto basta per collaborare attivamente alla cura; ho bisogno e ho fiducia nel tuo intervento”*
- ❖ *“sono un bravo bambino”*
- ❖ *“ti prego! rassicurami!”*
- ❖ *“dimostrami il tuo amore”*
- ❖ *“non ho bisogno di te”*
- ❖ *“non voglio sapere niente”*
- ❖ *“non voglio collaborare”*
- ❖ *“il tuo intervento mi danneggia”*

IL Pz. “DIFFICILE” e le REAZIONI DEL M.

- Pz. ipocondriaco
- Pz. cronico
- Pz. che non migliora
- Pz. ipercritico
- Pz. oppositivo
- Pz. che regredisce troppo
- Pz. psichiatrico
- Pz. anziano
- Pz. in follow-up neoplastico
- Pz. terminale

IL PAZIENTE DIFFICILE

IL MEDICO DIFFICILE

IL FAMILIARE DIFFICILE

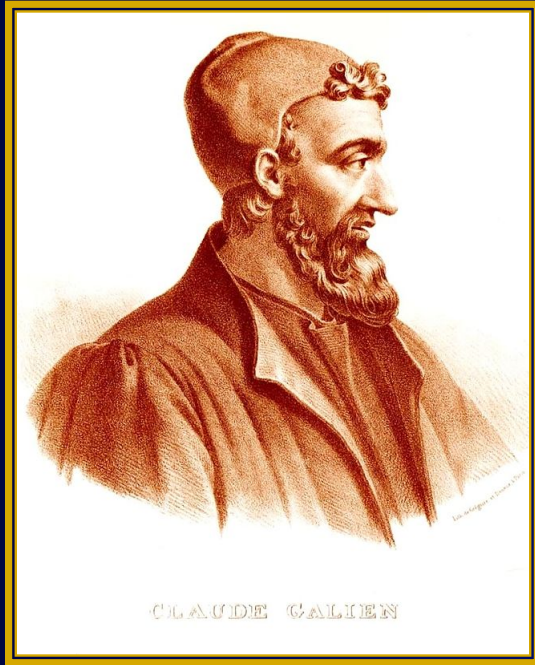
L' INFERMIERE DIFFICILE

RELAZIONI DIFFICILI

Burn-Out

IL FARMACO

NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE



(Galeno 129 -216)

***Cura con maggior successo
colui in cui la gente ha maggior fiducia***

FARMACO

*“incantesimo”
“magia”*

“pharmakon”

Rimedio

Veleno

potere di guarigione

forza di distruzione

“Psicologia dei Farmaci”

“buono”

“cattivo”

speranza

paura

AZIONE TERAPEUTICA

```
graph TD; A[AZIONE TERAPEUTICA] --> B[FATTORI FARMACOLOGICI]; A --> C[FATTORI NON FARMACOLOGICI];
```

FATTORI FARMACOLOGICI

farmacocinetici;
farmacodinamici;
terapeutici (benefici clinici prodotti dagli
effetti farmacologici di un medicamento)

FATTORI NON FARMACOLOGICI

personalità, reazione alla malattia;
relazione e collaborazione;
atteggiamenti e aspettative;
ideologia dell' ambiente familiare e sociale

EFFETTO PLACEBO

“piacerò”

PLACEBO



EFFETTO PLACEBO



“Ogni componente della terapia che è deliberatamente e consapevolmente usato per il suo effetto non specifico, psicologico e psicofisiologico, o che è usato inconsapevolmente per il suo effetto presunto o creduto specifico su un paziente, su un sintomo o su una malattia, ma che, senza che paziente e terapeuta lo sappiano, non ha azione specifica sulla malattia trattata” (Shapiro,1976)

EFFETTO PLACEBO

significati simbolici e relazionali del farmaco

EFFETTO NOCEBO

- soggetto
- medico
- malattia
- farmaco

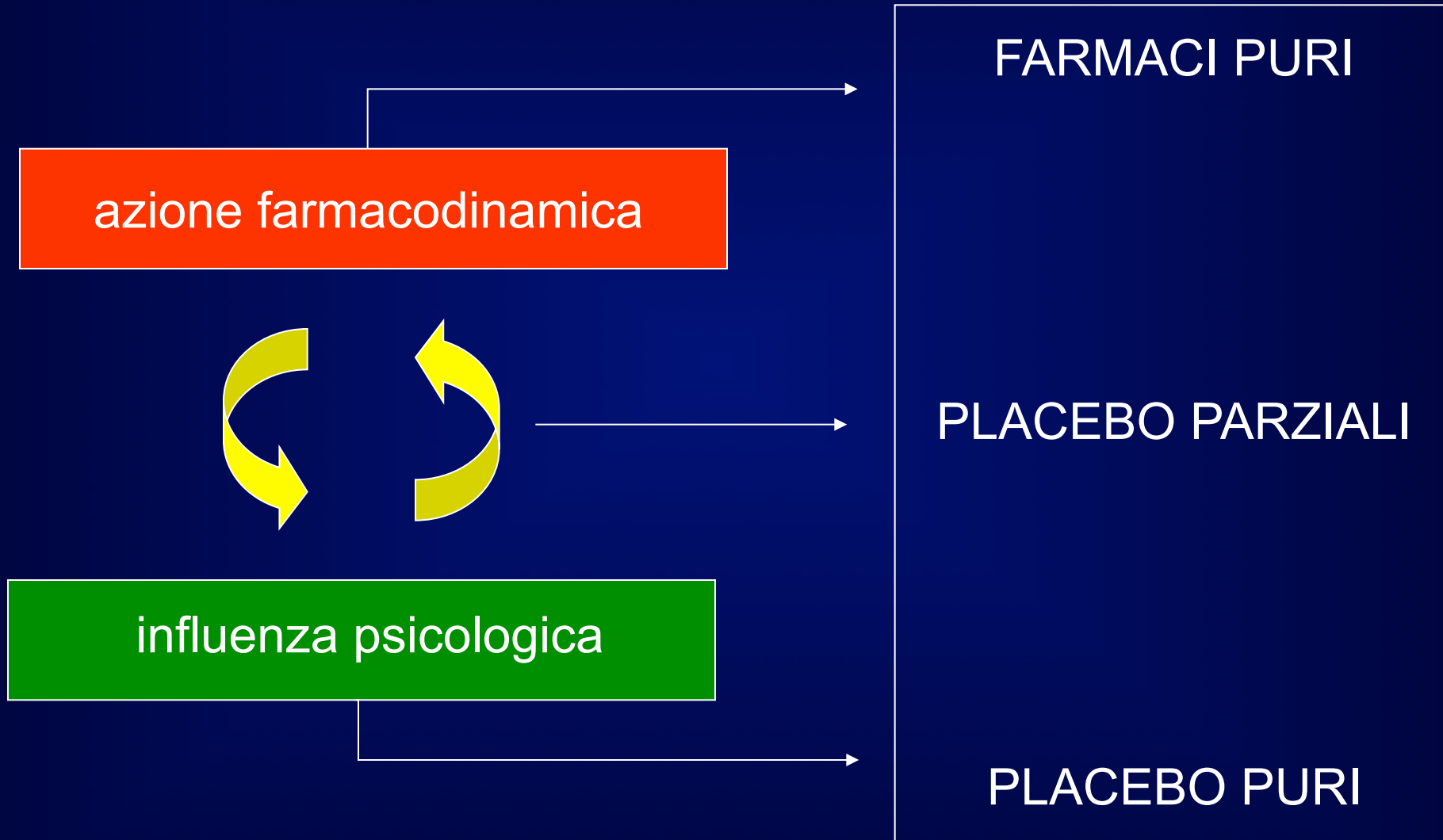
AZIONE DEL PLACEBO

LIVELLO PSICOLOGICO

LIVELLO ORGANICO

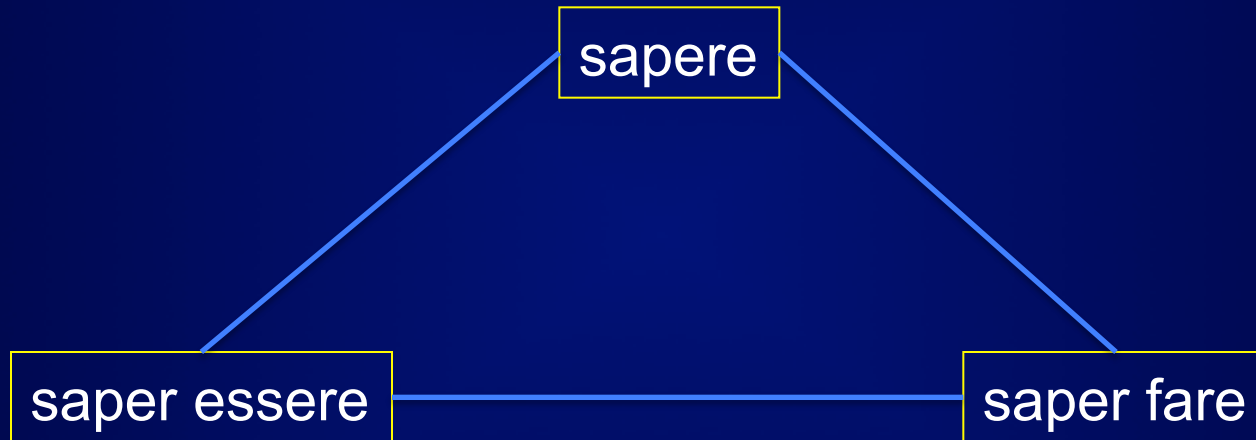


EFFETTO DEL FARMACO



COMUNICAZIONE E RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE NELL'ERA DELLA MULTICULTURALITÀ

Mutata realtà sociale e culturale



Necessità di acquisire competenze multiculturali

Situazione, relativamente nuova per il personale medico, paramedico, amministrativo e organizzativo, di entrare in contatto con pazienti ed utenti migranti, in molti casi privi di conoscenza della lingua del paese ospitante, e di essere chiamati a dialogarci per affrontare e tentare di risolvere l'emergenza, il bisogno, la richiesta di sostegno e/o la più semplice richiesta di informazioni e spiegazioni sulle modalità di accesso ai servizi.

La letteratura dimostra come l'accesso ai servizi sanitari e sociali per i pazienti migranti sia caratterizzato da uno **standard qualitativo più basso** rispetto a quello di cui usufruiscono gli autoctoni (Qureshi et al, 2008).

Alla base di questa disparità di trattamento c'è un problema di comunicazione: le barriere linguistiche e le scarse competenze interculturali del personale sanitario ostacolano l'interazione con il paziente migrante, rendendo la prestazione sanitaria più approssimativa.

Barriere linguistiche nella sanità

- tempi di ricovero più lunghi,
- maggior rischio di diagnosi sbagliate ed errori medici,
- accesso più limitato ai servizi di prevenzione

MEDICO

Sindrome di Salgari

(Geraci, Colasanti, 1993)

Sindrome da "E.R. - General Hospital"

(Geraci, Malsano, Mazzetti, 2005)

PAZIENTE

“scetticismo sanitario” → “criticismo”

```
graph LR; A["Sindrome di Salgari"] --> C["“scetticismo sanitario”"]; B["Sindrome da 'E.R. - General Hospital'"] --> C; C --> D["“criticismo”"];
```

The diagram illustrates the progression from medical syndromes to patient skepticism and criticism. Two syndromes, 'Sindrome di Salgari' and 'Sindrome da "E.R. - General Hospital"', are shown on the left, both pointing via curved yellow arrows to the central text '“scetticismo sanitario”'. From this central text, a straight yellow arrow points to the final text '“criticismo”' on the right.

“Avere competenze interculturali significa poter comunicare, essere in grado di sviluppare una relazione terapeutica con un paziente proveniente da un'altra cultura, riuscire ad adattare la diagnosi e il trattamento in relazione alla differenza culturale”.

Riuscire a superare i propri pregiudizi personali e professionali, migliorare la comprensione e la consapevolezza della diversità, della cultura, della marginalità e dell'esclusione, adeguare a situazioni particolari ed individuali i propri modi di agire. La competenza interculturale è in sostanza la capacità di interagire professionalmente con un contesto di migrazione (Domenig, 2001)

Un atteggiamento competente in termini interculturali deve basarsi sul rispetto per la dignità umana, sul principio delle pari opportunità e sul rifiuto della discriminazione (Saladin, 2006)².

Il personale sanitario dovrebbe inoltre essere munito di strumenti appropriati per riconoscere quando le barriere linguistiche rischiano di diventare un problema e come superarle lavorando in modo collaborativo con interpreti professionali.

Le barriere interlinguistiche ed interculturali si traducono in difficoltà ad instaurare un rapporto profondo col paziente orientato all'empatia e alla fiducia reciproca.

Gli elementi di criticità nel rapporto col paziente immigrato vengono rintracciati principalmente nella difficoltà ad instaurare una forma di comunicazione efficace per adempiere a due obiettivi primari:

- fornire risposte al bisogno sanitario
- instaurare un rapporto di fiducia col paziente.

Conoscenza della diversità:

- conoscenza degli orientamenti culturali del paziente immigrato.
- competenze comunicative.

Gestione del conflitto interculturale:

- evitare una comunicazione interculturale aggressiva/violenta e nella prevenzione del conflitto.

Mediazione interculturale:

- Funzione fondamentale del Mediatore Culturale nella gestione della comunicazione/relazione con il paziente immigrato.

CONDIZIONAMENTI CULTURALI

- Diverse rappresentazioni dell'evento morboso
- Diverse ansie soggettive
- Diverse aspettative personali e sociali
- Diverse percezioni e significati del corpo ammalato curato
- Diverse credenze e pratiche curative

“MEDICINA OCCIDENTALE” vs “ALTRE CULTURE DELLA CURA”