

CORSO di Laurea Magistrale Professioni sanitarie D.M.270
I ANNO – Il semestre - A.A. 2016/2017

METODOLOGIA DELLA COMUNICAZIONE

Docente: *Stefano Tugnoli*

LEZ. 7

28/6/2017

**LA COMUNICAZIONE
NEL CONTESTO CLINICO**

LA COMUNICAZIONE DEVE TENERE CONTO
DELLA PRATICA OPERATIVA,
DELLO STATO EMOTIVO DEL PAZIENTE,
DELLA SPECIFICITA' DELLA RELAZIONE

1

LA PRATICA OPERATIVA

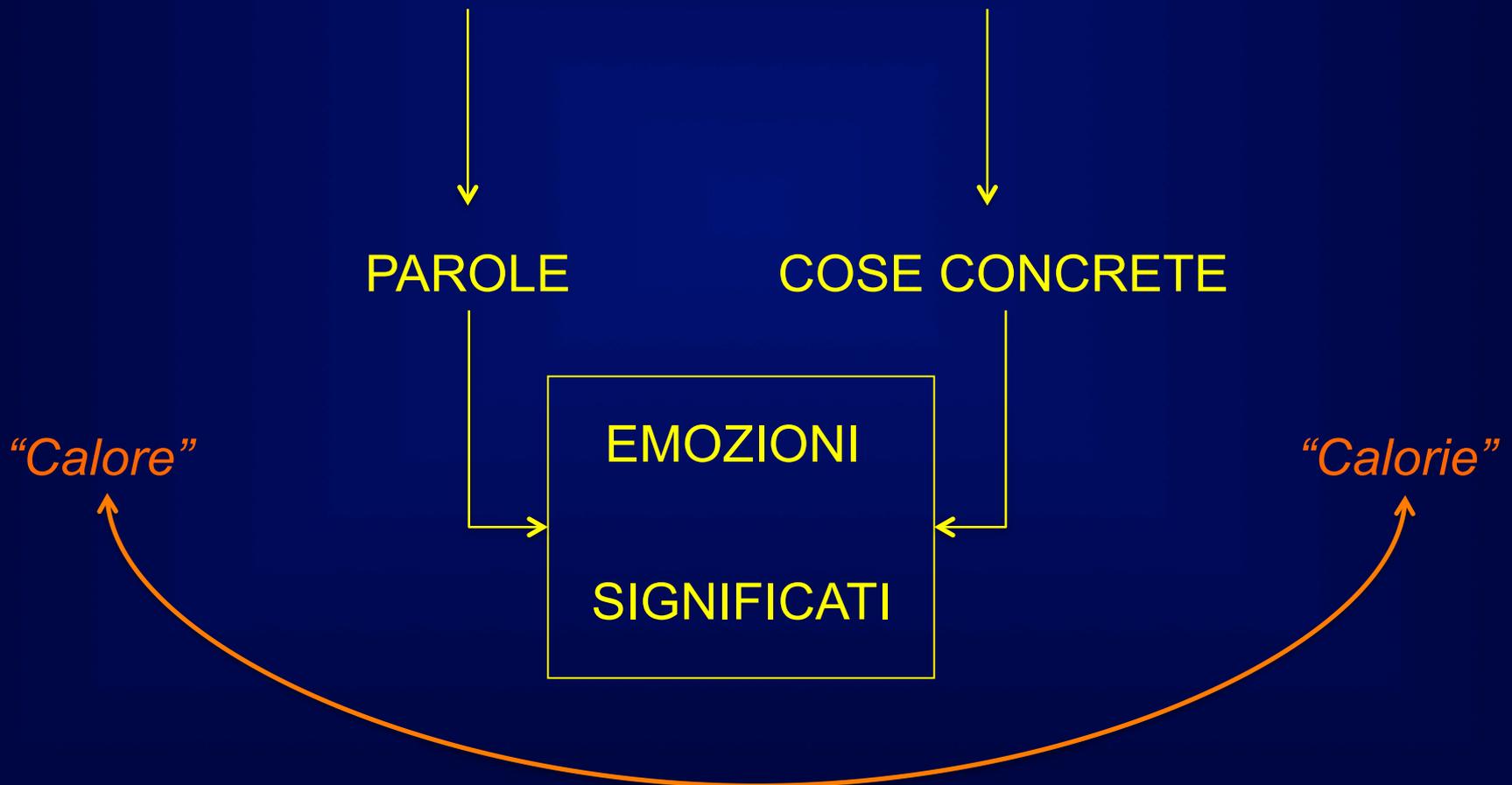
PRASSI DELLA RELAZIONE DI AIUTO SANITARIA

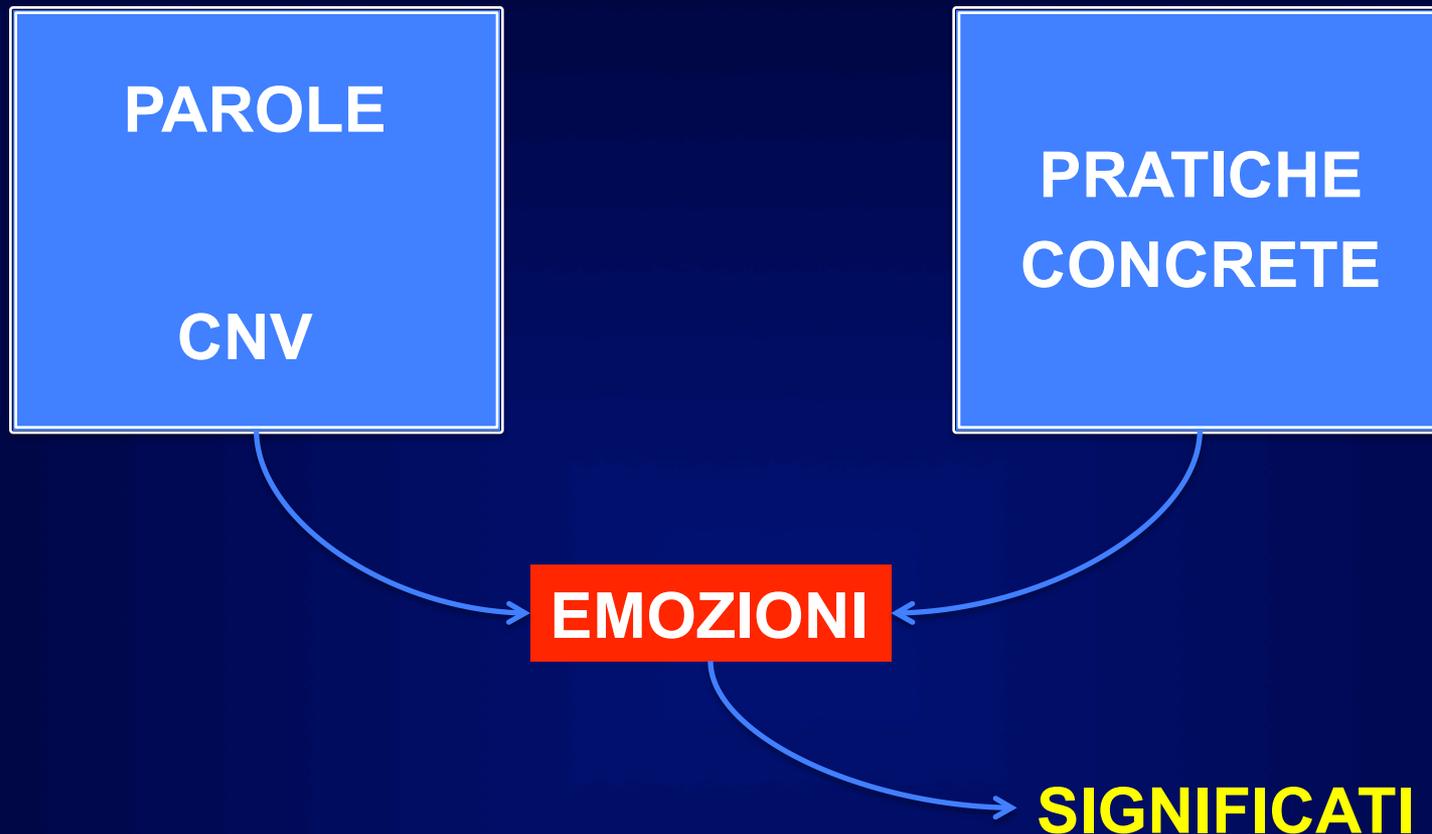
- rapporto immediato (non-mediato) e prolungato con il pz
- intervento su “aree intime” della persona
- identificazione e problemi di autostima
- il “fare quotidiano” → *azioni parlanti, veicolo di significati*
- non solo “esecutivo” ma “assunzione di responsabilità”
- responsabilità verso la “persona intera”

(Ferruta, 2001)

PRASSI DELLA RELAZIONE DI AIUTO SANITARIA

rapporto a significato terapeutico con il paziente





fare l'operatore sanitario: tra le "cose" e i "significati"

"aiutare a mettere in parole"

INCONTRO CON IL 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, ...l’infermiere,
.....l’operatore sanitario in genere*

(M.Balint, 1957)

prescrizione di se stesso

**LO STATO EMOTIVO DEL PAZIENTE
NEL SUO RAPPORTO CON LA MALATTIA**

REAZIONI ALLA MALATTIA

CRISI

STATI EMOTIVI

-minaccia e paura
-frustrazione e ferita narcisistica
-ansia e depressione

dipendenza

DIFESE

- ❑ Conseguenza della malattia
- ❑ Fattori che condizionano la prognosi

STATI EMOTIVI CONSEGUENZA DELLA MALATTIA

-Natura della malattia
-Fattori di personalità
-Contesto sociale e fisico

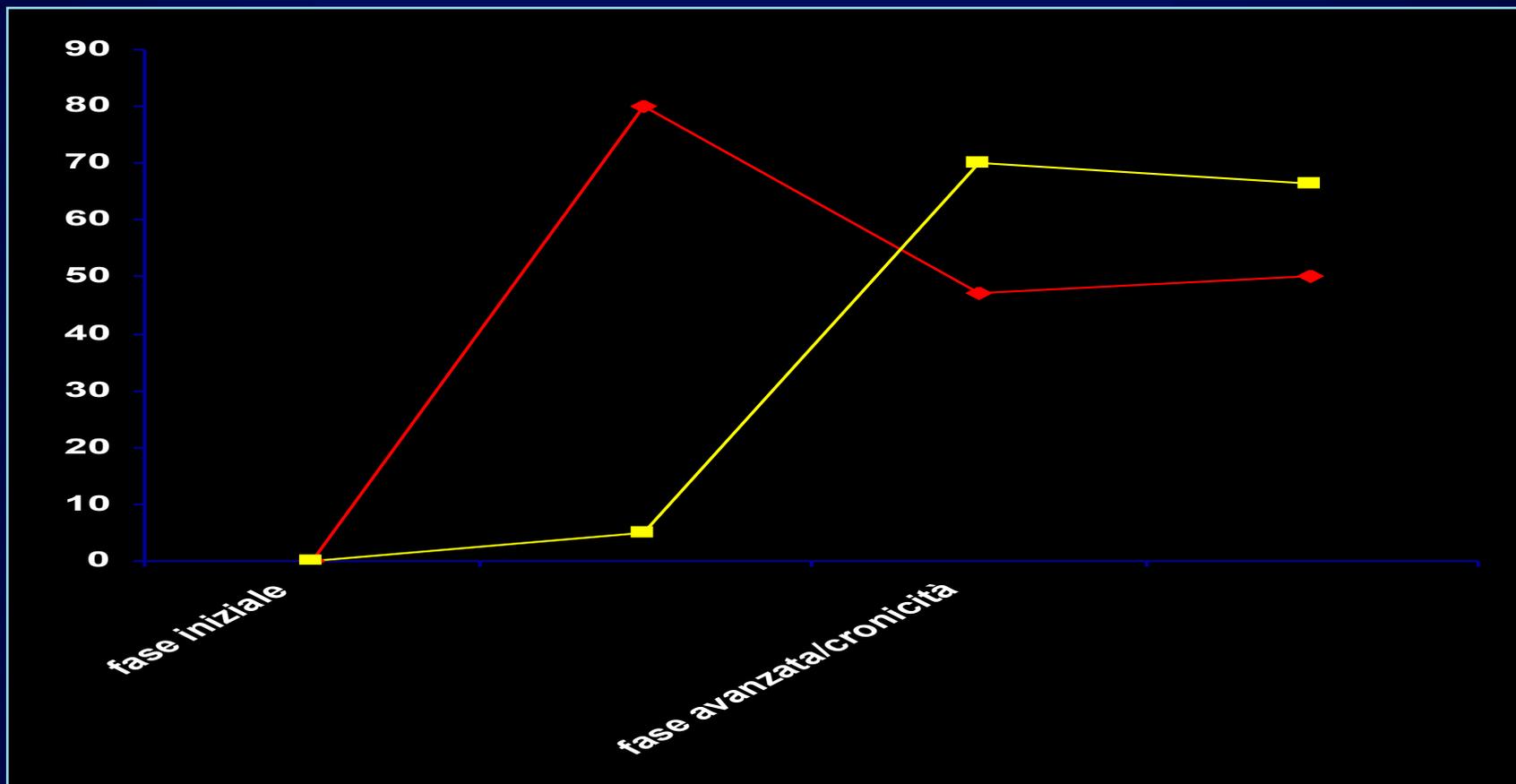
MINACCIA

DIFESE

- vita
- integrità somatica, dolore
- immagine di sé, progetti di vita
- equilibrio emotivo
- ruoli e impegni sociali

ANSIA

DEPRESSIONE



tutti i disturbi biologici hanno elementi psicologici

e

tutti i disturbi psicologici hanno elementi biologici

LE SPECIFICITA' DELLA RELAZIONE

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
DELLA
TERAPIA**

PERSONALIZZAZIONE

(Bertolini, Rupolo, 1996)

RAPPORTO BASATO SUL COMPORTAMENTO DEL Pz.

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

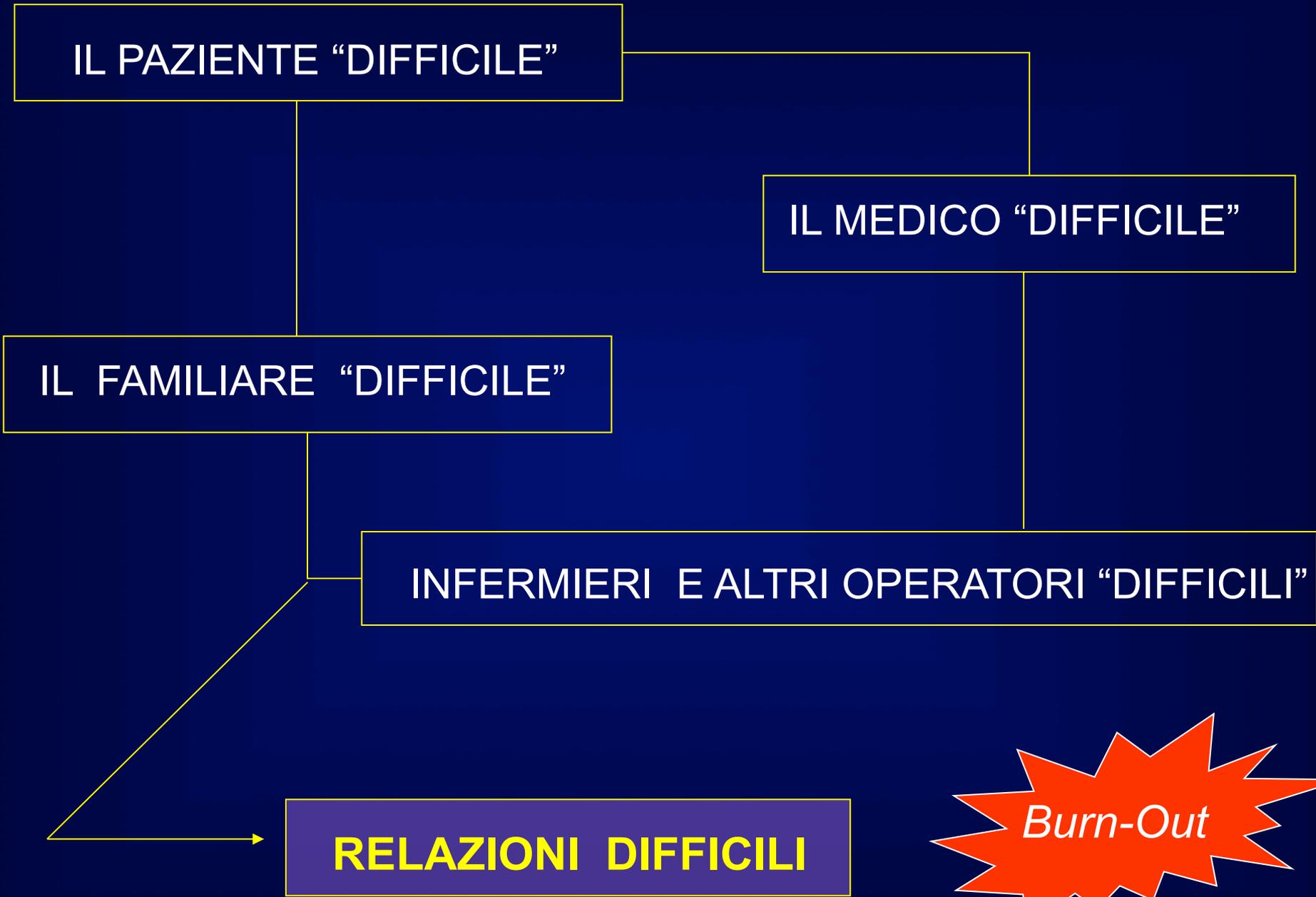
- ❖ ***“voglio sapere quanto basta per collaborare attivamente alla cura; ho bisogno e ho fiducia nel tuo intervento”***
- ❖ ***“sono un bravo bambino”***
- ❖ ***“ti prego! rassicurami!”***
- ❖ ***“dimostrami il tuo amore”***
- ❖ ***“non ho bisogno di te”***
- ❖ ***“non voglio sapere niente”***
- ❖ ***“non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



La stanza del figlio
(Nanni Moretti)

IL Pz. “DIFFICILE” e REAZIONI DELL’OPERATORE

- 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 CONFRONTO CON I FAMILIARI

IL COLLOQUIO CON I FAMILIARI

- ❑ **Non sempre si capisce chi è il paziente**
- ❑ **Importanza dei familiari con il paziente bambino e adolescente**
- ❑ **Importanza dei familiari con il paziente adulto/anziano grave**
 - adulti non a conoscenza di elementi di storia familiare
 - pz reticenti su esperienze/episodi del loro passato (vergogna)
 - pz psicotici
 - disturbo mentale organico (demenze)
 - gravi disturbi del carattere
 - disturbi della personalità egosintonici
 - dati relativi al periodo prenatale e primi anni dello sviluppo
- ❑ **Sofferenza del familiare-caregiver nel paziente cronico**
- ❑ **Attenzione a non colludere con il familiare**

IL COLLOQUIO CON I FAMILIARI

I familiari sono un polo fondamentale dello spazio comunicativo e relazionale, e possono essere coinvolti, nei modi giusti in base alla specifica situazione, per disporre di maggiori informazioni e per qualificare meglio il rapporto con il paziente.

COMUNICAZIONE E ARCO DELLA VITA

COMUNICAZIONE CON IL BAMBINO

- ❑ Importanza dell'ambiente
- ❑ Evitare le lunghe attese
- ❑ Rendere familiare al bambino la situazione medica

- ❑ Informazioni dalla madre (tanto più quanto il bambino è piccolo)
- ❑ Informazioni dal bambino
- ❑ Informazioni al genitore e al bambino

sofferente

manipolato

CORPO

ANGOSCIA DI PERDITA DI INTEGRITA' CORPOREA

Effetti sulla costruzione della Immagine Corporea



Immagine di Sé



Sentimento di Sé



IDENTITA'

ANGOSCIA DI CASTRAZIONE

...io ce l'ho, ...e tu?



Immaturità
cognitiva

Emozioni
intense

Fantasie
sulla malattia

Dipendenza
dai genitori

MALATTIA

evento esterno incomprensibile

“qualcosa di magico”

“sono cattivo”

“punizione”

CURA



**capire cosa il bambino già conosce
e cosa è in grado di capire**

**dare spiegazioni
correlate a ciò che può essere visto e toccato**

RELAZIONE

EMPATIA

GIOCO

COMUNICAZIONE

TERAPIA

COMUNICAZIONE CON L'ADOLESCENTE

- ❑ Specificità psicodinamiche della fase adolescenziale
- ❑ Problemi psico-sociali e profili del disagio soggettivo
- ❑ Bisogno di essere ascoltati
- ❑ Riservatezza-Segreto
- ❑ Rischi di invadenza/intrusività, autoritarismo, paternalismo, collusione/alleanze con i genitori
- ❑ Necessità di costruire una relazione attiva
- ❑ Confronto con i genitori

ETA' DEL CAMBIAMENTO

PUBERTA'

- trasformazioni
- conflitti e contraddizioni
- rotture
- crisi di identità
- lavoro psichico

MOBILITA'

CRISI DI ADOLESCENZA

ADOLESCENZA IN CRISI

PUBERTA'

-CORPO

-PENSIERO

-AMBIENTE

IDENTITA' STABILE E MATURA

ADOLESCENZA

*processo di adattamento
alla pubertà*

mondo int.

realtà ext.

COMPITI DI SVILUPPO IN ADOLESCENZA

- ❑ Processo di “Soggettivazione”
- ❑ Ridefinizione Immagine del Sé Corporeo, della Identità di Genere e “Scelte” Sessuali
- ❑ Costruzione nuovi legami affettivi e sociali
- ❑ Sviluppo Cognitivo ed espansione degli interessi personali, sino al prospettarsi nel mondo del lavoro

PSICODINAMICA DELL' ADOLESCENZA

- ❑ Eccitazione Sessuale → *Fase Genitale*
- ❑ Corporeità
- ❑ Intensità della vita pulsionale (sessualità e aggressività)
- ❑ Rielaborazione del Complesso di Edipo
- ❑ Regressioni
- ❑ Narcisismo
- ❑ Adolescenza come “Lutto da elaborare” → *Perdita*
- ❑ Meccanismi di Difesa

PROFILI DEL DISAGIO ADOLESCENZIALE

- Disturbi d' Ansia e Depressivi
- Somatizzazioni
- Isolamento relazionale
- Fughe, Dissocialità, Violenza, Abusi sessuali
- Tossicodipendenze
- Disturbi del Comportamento Alimentare
- Esordio psicosi schizofreniche
- Condotte Suicidarie
- Condotte “a rischio” [*Equivalenti Suicidari*]

COMUNICAZIONE CON L'ANZIANO

- ❑ Declino cognitivo
- ❑ Deficit sensoriali (sordità)
- ❑ Disturbi del linguaggio (disartrie, disfasie)
- ❑ Difficoltà emotive dell'operatore

PARLARE DI GRAVIDANZA E RIPRODUZIONE

- ❑ **Reazioni emotive della persona di fronte alla gravidanza**
- ❑ **Problema delle “aspettative”**
- ❑ **Attenzione clinica: dal controllo mortalità madre alla riduzione del danno perinatale**
- ❑ **Risorsa/Problema della mole di informazioni oggi disponibili**

- ❑ **Travaglio e Parto**
- ❑ **Puerperio**

- ❑ **Aborto spontaneo e morte perinatale**
- ❑ **Infertilità**

- ❑ **Aborto volontario**

LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI

- chiarezza
- completezza
- franchezza

- evitare tecnicismi
- informazioni pratiche
- tatto

ALLEANZA TERAPEUTICA

“cosa dire”

“quando dirlo”

“come dirlo”

“a chi dirlo”

VERITA' SCIENTIFICA



(Schneider, 1969)

VERITA' MEDICA



- accettabilità
- collaborazione

VERITA' MEDICA

(Schneider, 1969)

- accettabilità
- collaborazione

Quello che importa non è che cosa dice il medico, ma ciò che comprende il malato, che tende a percepire nelle parole sfumate e prudenti del medico ciò che spera e teme

Decidere che cosa va detto al malato e come convenga dirlo

(Caracciolo, 2009)

“somministrare la dose di verità che il paziente è in grado di sopportare e che gli consenta di collaborare nel migliore dei modi al trattamento”

VERITA' MEDICA

Soprattutto nei casi di malattia grave (mortale o invalidante) il medico deve saper scegliere cosa dire tenendo conto del particolare paziente che ha di fronte, del suo contesto familiare, del particolare momento: dire non necessariamente la “verità scientifica nuda e cruda”, ma ciò che può essere più utile a quel paziente per permettergli di affrontare al meglio possibile la malattia (accettare la situazione e collaborare al trattamento) o, nei casi senza speranza di sopravvivenza, per accompagnarlo alla morte in un modo quanto più possibile rispettoso della sua singolarità individuale.