

LIMITI E ORIZZONTI *nella cura*

XXV CONGRESSO NAZIONALE SICP
RICCIONE, 15 - 17 NOVEMBRE 2018

LA CORNICE CAMBIA IL QUADRO?

Dr.ssa Federica Azzetta
PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA

QUANDO LA COMPrensIONE DELL'ORIZZONTE ORIENTA IL PASSO DELL'ÉQUIPE:
L'INTERVENTO DELLO PSICOLOGO CON IL PAZIENTE



PREMESSA 1



**È necessario che lo psicologo
si sporchi le mani
con il colloquio con i pazienti?**

PREMESSA 2



- **Stress lavoro correlato**
- **Supervisione**
- **Intervisione**

PREMESSA CHE SI FA CORNICE CONTESTUALE



- **L'intervento clinico (pazienti/familiari)**
- **Intervento con e per l'equipe**
- **Una professionalità qualificata**

UN POSITIONING PROFESSIONALE IRRINUNCIABILE



L'INTERVENTO CLINICO

L'INTERVENTO CLINICO

"Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"

Dimensioni strutturali e di processo che caratterizzano la Rete Locale di Cure Palliative
(standard strutturali qualitativi e quantitativi - Articolo 5, Comma 3)



Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla proposta del Ministro della salute, di cui all'art. 5 della legge 15 marzo 2010 n. 38, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

Rep. n. 151/usc del 25 luglio 2012

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

7. Programmi di supporto psicologico all'equipe

Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative sono attivati programmi di supporto psicologico e di prevenzione e trattamento del burn-out per gli operatori che lavorano nella Rete.

8. Misurazione della Qualità di vita

Criterio: Nella Rete locale di Cure Palliative sono utilizzati strumenti validati di misurazione della qualità di vita nei malati assistiti.

9. Cura attiva e globale e salvaguardia della dignità e autonomia del malato

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative garantisce un adeguato controllo del dolore e degli altri sintomi fisici e psicologici che provocano sofferenza al malato, attraverso la valutazione multidimensionale dei bisogni e l'utilizzo di procedure sul trattamento dei sintomi tratte da linee-guida basate sull'evidenza. E' garantita una rilevazione costante e documentata del grado di informazione del malato e della famiglia rispetto alla patologia in atto.

E' garantita l'esistenza e l'applicazione di protocolli per il riconoscimento dei malati che si avvicinano agli ultimi giorni o ore di vita, per la valutazione dei loro bisogni specifici, per una adeguata comunicazione con il malato e la famiglia e per l'applicazione di linee guida per il controllo dei sintomi più frequenti in queste situazioni.

10. Supporto sociale e spirituale a malati e familiari

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative contribuisce a garantire risposte organizzate ai bisogni sociali e spirituali di malati e familiari, che se non trovano risposte adeguate possono provocare una severa sofferenza.

11. Programmi di supporto al lutto

Criterio: La Rete locale di Cure Palliative garantisce programmi di supporto per i familiari dei malati assistiti in caso di lutto patologico.

Saper supportare la famiglia nell'elaborazione del lutto
Saper riconoscere i bisogni psicosociali del malato e della famiglia

Saper comprendere i bisogni spirituali e i valori di riferimento del malato e attivare le possibili risorse di supporto ai bisogni spirituali
Saper riconoscere i valori, le credenze, le abitudini che nelle CP hanno importanti ricadute nell'espre

si finali
tà di vit

XXI CONGRESSO NAZIONALE SICP
Società Italiana di Cure Palliative

9/12 OTTOBRE 2014
AREZZO FIERE E CONGRESSI
PROGRAMMA

IL CORE CURRICULUM DELLA PROFESSIONE IN CURE PALLIATIVE

IL CORE CURRICULUM IN CURE PALLIATIVE



CONVEGNI PRECONGRESSO
Firenze, 3 ottobre 2014
Siena, 8 ottobre 2014
Arezzo, 9 ottobre 2014



L'INTERVENTO CLINICO

NEL TEMPO DELL'ASSISTENZA

Supporto al Paziente

Supporto alla Famiglia

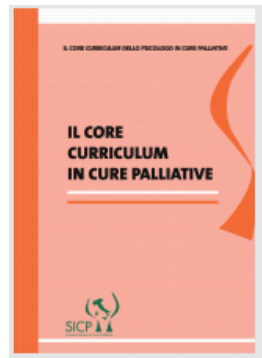
Supporto all'Equipe

NEL TEMPO DELL'ASSENZA

Supporto alla Famiglia

PERCHÉ

CI CHIEDIAMO SE LO PSICOLOGO DEVE LAVORARE CON I PAZIENTI?



9/12 OTTOBRE 2014
AREZZO FIERE E CONGRESSI
PROGRAMMA



CONVEGNI PRECONGRESSO
Firenze, 3 settembre 2014
Genova, 8 ottobre 2014
Arezzo, 9 ottobre 2014





L'INTERVENTO CLINICO

PERCHÉ

CI CHIEDIAMO SE LO PSICOLOGO DEVE LAVORARE CON I PAZIENTI?

-Non si conosce quale sia il lavoro dello psicologo in cp

La cornice di un metodo di lavoro

Gli strumenti: gli infiniti possibili

-Non se ne vedono i risultati. Ma quali sono i risultati?

Una questione di connessione all'interno dell'equipe



LA CORNICE DI UN METODO DI LAVORO

L'INTERVENTO CLINICO



REFRAMING

Una re-incorniciatura. Una rilettura di un evento, di un gesto, di una parola, cui è sotteso un significato, non sempre immediatamente comprensibile

MICRORILETTURA

Il punto di forza non è il singolo intervento o nel contenuto del singolo intervento, ma nella possibilità di offrire un meta-apprendimento circa una forma di pensiero e/e

PENSIERO E/E

Pensare e/e necessita di guardare la stessa cosa da un altro punto di vista



LA CORNICE DI UN METODO DI LAVORO

L'INTERVENTO CLINICO



STRATEGICO

Ha obiettivi chiari e definiti, pianificati nel qui e ora del setting mentale ed emotivo dello psicologo, che in maniera puntuale interviene con il paziente e/o con il familiare secondo il *timing* e specifici criteri di appropriatezza

DURATA PUNTUALE E FUNZIONE DI RILETTURA

Le parole e la forza perturbativa all'interno della cornice semantica contestuale propria di ciascuno

INTEGRATO CON IL LAVORO DELL'EQUIPE

È un intervento posto dentro la trama narrativa della unica storia che si osserva e che viene raccontata e vissuta. Il lavoro con la storia dei pazienti e dei familiari è da riconnettere e riporre all'interno del lavoro con l'equipe.



LA CORNICE DI UN METODO DI LAVORO

L'INTERVENTO CLINICO



STRATEGICO

ψ GLI OBIETTIVI DELLO PSICOLOGO

STORIA CLINICA

49 anni: e altrettanti di reclusione in casa. Per obesità e piedi torti.

Ospedale

Diagnosi Npl polmonare plurimetastatica

Prognosi: 2 mesi

Vigile, collaborante apparentemente orientata, allettata, personalità fragile

Seguita dal CPS dalla morte della madre (un anno e mezzo circa)

Il mese scorso è deceduto anche il padre

Il lavoro di una equipe

NELLA VITA SENZA VITA, PUÒ ESSERCI VITA

Ho l'umore basso basso...con quello che mi dicono

lo ho cominciato a vivere.

Non posso morire proprio adesso.

Ho sposato la solitudine.

Quella con me è stata una comunicazione drammatica.

Ho preso la sentenza; non è che si sparano le cose così...togliendosi un peso.

Non stavano parlando di un temporale che capita a Rimini e in più te lo raccontano facendoti capire che è legge, che tra due anni muoio.

Ti dicono la cosa, si liberano parlando e tu vai in tilt.





LA CORNICE DI UN METODO DI LAVORO

L'INTERVENTO CLINICO



STRATEGICO

ψ GLI OBIETTIVI DELLO PSICOLOGO

DURATA PUNTUALE E FUNZIONE DI RILETTURA

ψ DALLE PAROLE AI SIGNIFICATI

Mi piacerebbe appartenere a qualcuno
Invece appartengo solo alla mia testa

ASSOCIAZIONE FABIO SASSI ONLUS
DIGNITA' ALLA FINE DELLA VITA

VISSUTO DI:

<input checked="" type="checkbox"/> Coraggio <i>DA VENDERE</i>	<input type="checkbox"/> Colpa	<input type="checkbox"/> Efficienza	<input type="checkbox"/> Appartenenza <i>mi piacerebbe avere no... non dipende appartengo alle mie TESTE</i>	<input type="checkbox"/> Liberazione
<input checked="" type="checkbox"/> Paura <i>TANTA</i> <i>MA NON LA VOGLIO SENTIRE</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sacrificio <i>TANTO</i> <i>non vorrei essere que</i>	<input type="checkbox"/> Inadeguatezza	<input type="checkbox"/> Esclusione <i>No, non capita giudicata</i>	<input type="checkbox"/> Disorientamento <i>NI</i>
<input type="checkbox"/> Smarrimento	<input type="checkbox"/> Opportunità <i>... ma dove? solo se messo a quarant</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sconfitta <i>CERTO</i> <i>la vita, che volevo non m'ha venendo</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Disperazione <i>A VOLTE</i>	<input type="checkbox"/> Riavvicinamento
<input checked="" type="checkbox"/> Costrizione <i>non posso fare quello che voglio</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Ingiustizia <i>TANTA</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Lotta <i>CERTO</i> <i>i miei sogni dove sono? volevo vivere come tutti</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Fatica <i>non merito a fare quello che voglio</i>	<input type="checkbox"/> Vicinanza

Da sempre il dolore è quello psicologico

<p>Polv Fisico dipendente</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Paralisi</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Risentimento verso Geni</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Impotenza</p> <p><input type="checkbox"/> Inutilità NO finché funziona, la Tema, ma non inutile</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Combattività A VOLTE</p> <p><input type="checkbox"/> Vergogna NO x come?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Crescita ANCHE in Eneo di cane</p> <p><input type="checkbox"/> Arrendevolezza</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Rabbia TANTA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Gratitudine x chi ABESSE mi ha ucciso</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Vuoto A VOLTE ma non lo voglio sentire</p> <p><input type="checkbox"/> Mancanza di dignità NO Trauma primario</p>	<p>anche se non mi vede</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Tristezza del passato: CASA</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Nostalgia GENITORI</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ansia quando mi vengono capite</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Angoscia sera</p>	<p>+ die altro non mi lo accettavo. INGIUSTO e INCUBO: x come?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Shock emotivo</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Accettazione ACCETTO GIORNO A GIORNO</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dolore da sempre quello</p> <p><input type="checkbox"/> Stanchezza NO</p>
---	--	---	---	--

TOMM K.

L'intervista come intervento: parte I. **L'atteggiamento strategico** come quarta direttiva per la conduzione della seduta;
 L'intervista come intervento: parte II. **Le domande riflessive** come mezzi per condurre all'auto guarigione;
 L'intervista come intervento: parte III. **Intendi porre domande lineari, circolari, strategiche o riflessive?**

Family Process, 26:3-13; 1987; II 26:167-183; 1987; III 27:1-15; 1988.



LA CORNICE DI UN METODO DI LAVORO

L'INTERVENTO CLINICO



STRATEGICO

ψ **GLI OBIETTIVI DELLO PSICOLOGO**

DURATA PUNTUALE E FUNZIONE DI RILETTURA

ψ **DALLE PAROLE AI SIGNIFICATI**

INTEGRATO CON IL LAVORO DELL'EQUIPE

ψ **LA STORIA DI UN GRUPPO DI LAVORO**

VINCOLI

- La fatica della **solitudine**
- Il dramma del **non avere legami**
- Il dolore di **non appartenere**
- L'angoscia dell'essere **fuori**
- Il dramma di **non avere radici**
- La **paura** di non poterle mai avere
- La **preoccupazione** di rimanere sempre ai **margini**

Il lavoro di una équipe

**I NUOVI SIGNIFICATI
DEL TEMPO DELLA MALATTIA**

**A PARTIRE
DALLE PAROLE DEI PAZIENTI**



LUTTO E PERDITA

- Il lutto e la perdita rendono vero ciò che già si è provato: la solitudine
- Non appartenere: una storia già conosciuta

QUALE COMUNICAZIONE PER L'EQUIPE?

UNA COMUNICAZIONE CHE SA DI DIGNITÀ

Il lavoro di una equipe

- 📖 Bertrando, P., Toffanetti, D., Sull'ipotesi. Teoria e clinica del processo di ipotizzazione, *Terapia Familiare*, 2000.
- 📖 Byng-Hall J., *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*, 1998.
- 📖 Gandolfi M., *Manuale di tessitura del cambiamento*, 2015.
- 📖 Kissane D.W., *Annal Palliat Medic.* 5(4):319-324, 2016.
- 📖 Kissane D.W.et al., Family grief therapy: a preliminary account of a new model to promote healthy family functioning during palliative care and bereavement, *Psycho-oncology*, 1998.
- 📖 Kissane D.W., Bloch S. et al., Perceptions of family functioning and cancer, *Psycho-oncology*, 1994.
- 📖 Kissane D.W., Bloch S., Family Grief, *British Journal of Psychiatry*, 1994.
- 📖 Raphael B., *The anatomy of Bereavement*, London, Hutchinson, 1984.
- 📖 Reda M.A., *Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia*, Roma, Carocci, 2006.
- 📖 Reiss D., Patient, family and staff response to end-stage renal disease, *American Journal of Kidney Disease*, 15;194-200, 1990.
- 📖 Sameroff A.F., *Development and the Dialectic: the need for a system approach*, In W.A.Collins, *Minnesota Symposium of child Psychology*, 1981.
- 📖 Semerari A., *Storie, teorie e tecniche della psicoterapia cognitiva*, 2004.
- 📖 Ugazio V., Ipotizzazione e processo terapeutico, *Terapia Familiare*, 1984.
- 📖 Ugazio V., *Storie permesse, storie proibite*, 2012.



L'INTERVENTO CLINICO

Gli strumenti: gli infiniti possibili



INDICATORI DI COMPLESSITÀ RELAZIONALE	BISOGNO OSSERVATO		BISOGNO RICONFERMATO
Contesto relazionale intrafamiliare problematico			
	PZ	FAM	
Difficoltà in merito al processo di consapevolezza e accettazione			
L'operatore osserva comportamenti e ascolta discorsi che lo preoccupano			
È necessaria una maggior comprensione del caso			

<input type="checkbox"/> Coraggio	<input type="checkbox"/> Colpa	<input type="checkbox"/> Efficienza	<input type="checkbox"/> Appartenenza	<input type="checkbox"/> Liberazione
<input type="checkbox"/> Paura	<input type="checkbox"/> Sacrificio	<input type="checkbox"/> Inadeguatezza	<input type="checkbox"/> Esclusione	<input type="checkbox"/> Disorientamento
<input type="checkbox"/> Smarrimento	<input type="checkbox"/> Opportunità	<input type="checkbox"/> Sconfitta	<input type="checkbox"/> Disperazione	<input type="checkbox"/> Riavvicinamento
<input type="checkbox"/> Costrizione	<input type="checkbox"/> Ingiustizia	<input type="checkbox"/> Lotta	<input type="checkbox"/> Fatica	<input type="checkbox"/> Vicinanza
<input type="checkbox"/> Paralisi	<input type="checkbox"/> Combattività	<input type="checkbox"/> Rabbia	<input type="checkbox"/> Tristezza	<input type="checkbox"/> Shock emotivo
<input type="checkbox"/> Risentimento	<input type="checkbox"/> Vergogna	<input type="checkbox"/> Gratitude	<input type="checkbox"/> Nostalgia	<input type="checkbox"/> Accettazione
<input type="checkbox"/> Impotenza	<input type="checkbox"/> Crescita	<input type="checkbox"/> Vuoto	<input type="checkbox"/> Ansia	<input type="checkbox"/> Dolore
<input type="checkbox"/> Inutilità	<input type="checkbox"/> Arrendevolezza	<input type="checkbox"/> Mancanza di dignità	<input type="checkbox"/> Angoscia	<input type="checkbox"/> Stanchezza

UN MODELLO DI LAVORO INTEGRATO



INDICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE	BISOGNO OSSERVATO	
di comunicazione e di relazione tra familiari e		
	PZ	FAM
di comunicazione e di relazione con gli operatori		
INDICAZIONE DELLA SOFFERENZA DELL'OPERATORE	BISOGNO OSSERVATO	
VALUTA CHE LA SOFFERENZA SIA		

Building Integrated Palliative Care Programs and Services

Edited by Xavier Gómez-Batiste & Stephen Connor

Keywords: Palliative Care, Chronic Diseases, Empathy, Suffering, Frailty, Pain, Family, Teamwork, Services, Public Health, Community, Emotional, Spiritual, Social, Ethics, Research, Education, Quality, People, Care, Families, Illness, Communication, Support, Resource availability, Interdisciplinary, Patients, Symptoms, Management, End-of-life, Respect, Symptom Management, Health Care, Accessibility, Health Care, Advance Care Planning, Patient, Per, Integrated Care, Support, Patient, Person, Center, Care, Person, Cent, Decision-making, Autonomy.



UN INTERVENTO MULTIFOCALE

CAREGIVER BURDEN INVENTORY (CBI)

Novak M. e Guest C., Gerontologist, 29, 798-803, 1989

Le domande si riferiscono a Lei che assiste il suo caro malato.

Risponda segnando con una croce la casella che più si avvicina alla sua condizione o alla sua personale impressione.

0= per nulla 1= un poco 2= moderatamente 3= parecchio 4= molto

		0	1	2	3	4
s-6.	Sento che mi sto perdendo vita			modX X		
s-7.	Desidererei poter fuggire da questa situazione	nipote				figlia
s-8.	La mia vita sociale ne ha risentito	figlia			nipote	
s-9.	Mi sento emotivamente svuotato a causa del mio ruolo di assistente			FR	MC	
s-10.	Mi sarei aspettato qualcosa di diverso a questo punto della mia vita				FR	MC



L'INTERVENTO CLINICO

-Non se ne vedono i risultati. Ma quali sono i risultati?

OCCHI PER VEDERE

Per il paziente l'obiettivo è perseguire quella ricerca di chiarezza che si può avere solo passando attraverso la difficile arte di far accogliere nuove trame narrative

UNA NUOVA COMPrensIONE

Per l'equipe è la possibilità di costruire un meta-apprendimento

 Bateson G., *Verso un'ecologia della mente*, 1997.

 Sluski c. E., *La trasformazione terapeutica delle trame narrative*, 1991.

UN POSITIONING PROFESSIONALE IRRINUNCIABILE



INTERVENTO CON E PER L'EQUIPE



INTERVENTO CON E PER L'EQUIPE

**Il paziente
non è consapevole.**

Quindici giorni fa andavo in bicicletta.

Ho 82 anni, certo che devo morire, ma questo qua non ha avuto il tempo di capire che è adesso.

E chi ha più il coraggio di parlare di mancanza di consapevolezza?

ψ

UNA EQUIPE CHE ELABORA LA DIMENSIONE COGNITIVA E LA DIMENSIONE EMOTIVA DELLA CONSAPEVOLEZZA



**La paziente
ha 92 anni.
Ti ho detto tutto.**

Mia madre non mi può lasciare.

E io non posso pensare di perderla.

Se mia madre muore, dovrò passare i weekend con il mio compagno.

Una nuova comprensione di difficili lacrime da capire, quando muore una madre di 92 anni

ψ

LA STORIA RACCONTATA E LA STORIA VISSUTA. A PARTIRE DALLE PAROLE DEI PAZIENTI LAVORO TRA TRAMA E ORDITO DELLO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE



**La paziente è sola.
Ma il marito non
riesce a stare in
stanza.**

Sono il secondo marito.

Non ho spazio in camera. Ma per mia moglie sono l'unico.

Dall'utile idiota all'uomo della vita di Maria: il lento passaggio di una equipe

ψ

LE SEMANTICHE IN CURE PALLIATIVE



UN POSITIONING PROFESSIONALE IRRINUNCIABILE



UNA PROFESSIONALITÀ QUALIFICATA



UNA PROFESSIONALITÀ QUALIFICATA

IL BISOGNO RILEVATO DALL'EQUIPE

Qual è **il bisogno**

Come viene descritto e raccontato

Come l'equipe parla del paziente

Dove sono, in quale **spazio relazionale**, abitano i familiari

Ma anche in quale **spazio mentale** dell'equipe abitano i familiari e il paziente

IL PROCESSO

Il setting mentale dello psicologo

1. Dal pattern di collegamento al tipo di presa in carico

2. Dalla storia raccontata alla storia vissuta

3. Il tempo della malattia

4. La diagnosi del lutto

LAVORARE COME UN GRUPPO

Documentare l'intervento

Rileggere con e attraverso l'equipe

Costruire nuovi significati

In cui porre il paziente, la sua storia e la modalità di presa in carico dell'equipe:

**PIEDI NUOVI
E UN PASSO DIVERSO**

**con cui entrare
nelle case e nelle stanze dei pazienti**



LIMITI E ORIZZONTI

nella cura

XXV CONGRESSO NAZIONALE SICP
RICCIONE, 15 - 17 NOVEMBRE 2018

CONCLUSIONE

LAVORARE CON I PAZIENTI

- 1. La premessa della possibilità di fare da Staff Support**
- 2. Dai pazienti alle dinamiche dell'equipe**
- 3. Un lavoro che non causa stress, ma che affascina.
Ed è sempre nuovo**



IL LAVORO DELLO PSICOLOGO: IL COLLOQUIO CON I PAZIENTI

PER COSTRUIRE UNA CORNICE NUOVA

LIMITI E ORIZZONTI *nella cura*

XXV CONGRESSO NAZIONALE SICP
RICCIONE, 15 - 17 NOVEMBRE 2018

LA CORNICE CAMBIA IL QUADRO

Dr.ssa Federica Azzetta
PSICOLOGA E PSICOTERAPEUTA

Grazie

