

OSSERVARE LA COMUNICAZIONE E VALUTARE LA SOFFERENZA

Dott.ssa Giada Bartocetti

Psicologa Psicoterapeuta

Associazione Il Mantello – Mariano Comense (CO)



Osservare la comunicazione
e valutare la sofferenza come
spazio relazionale di tutta l'equipe,
non solo pertinenza dello psicologo.

Obiettivo CLINICO:
*percorso di consapevolezza,
processo decisionale.*

OSSERVARE LA COMUNICAZIONE tra equipe e pazienti/familiari

- ▶ Dall'informazione alla comunicazione
 - ▶ Saper porre domande
 - ▶ Saper parlare della perdita
- ▶ Riconoscere l'emotivo proprio e altrui

OSSERVARE LA COMUNICAZIONE all'interno delle famiglie

- ▶ Difficoltà a stare nella conversazione se si parla di malattia e morte
- ▶ Comunicazione non verbale
- ▶ Differenze rilevanti nel racconto della storia familiare
- ▶ Modalità comunicative e relazionali che ostacolano la costruzione di un rapporto funzionale all'assistenza

Lo specifico dello psicologo

Costruzione di nuovi significati
individuali o familiari,
favorendo la comunicazione
tra pazienti e familiari
per integrare il vissuto di perdita
nel proprio universo semantico

VALUTARE LA SOFFERENZA

*“La sofferenza è alterazione temporale,
rottura del filo narrativo dell’esistenza”*
(P. Ricoeur)

Riguarda il rapporto con sé, con gli altri, con il senso

VALUTARE LA SOFFERENZA

I due assi

ASSE SÉ - ALTRI

- ▶ Crisi d'identità
- ▶ Crisi d'alterità

ASSE AGIRE - PATIRE

Diminuita capacità d'azione, in cui
c'è pur sempre una tensione
a sopportare

VALUTARE LA SOFFERENZA

Il tempo del soffrire

LA SOFFERENZA INTERROGA

*Fino a quando?
Perché io?
Perché il mio caro?*



richiesta di senso

LA SOFFERENZA CHIAMA

La sofferenza
espressa dal lamento
è un'invocazione
all'altro



soffrire-con

VALUTARE LA SOFFERENZA

Le domande strategiche

Qual è il suo dolore?

Qual è secondo lei il dolore del suo caro?

Per che cosa soffre?

Il dolore ha molte facce e quindi altrettanti significati

VALUTARE LA SOFFERENZA

Lo sguardo dell'equipe

Di quale sofferenza mi devo occupare?
Quale sofferenza devo osservare e riferire?

Normale reazione alla perdita
o impasse nell'adattamento a malattia e morte?

SOFFERENZA NORMALE



Dolore
proporzionato
alla perdita

Rispetto a:

- Storia personale, familiare e vissuto che conosco
- Evento clinico
- Momento/situazione assistenziale
- Cambiamento clinico di cure



Il dolore che vedo
non mi stupisce

GRAZIELLA, 55 anni, *figlia della pz domiciliare Maria*

Secondogenita di tre figli.

Identità familiare rappresentata dal negozio creato e dominato dalla madre, da cui però Graziella era riuscita a differenziarsi.

OSSERVAZIONE DELL'EQUIPE

Bisogno di rinarrare e rinarrarsi il legame con la madre e il significato del proprio processo di separazione-individuazione.

PRESA IN CARICO PSICOLOGICA

Non è necessaria.
Attivazione delle competenze relazionali dell'equipe.

SOFFERENZA ELEVATA



Elevata intensità e persistenza
della reazione emotiva nel tempo

Dolore NON
proporzionato
alla perdita



Il dolore che vedo mi
interroga

GIULIO, 50 anni, figlio della pz domiciliare Ada

Secondogenito di tre figli, abbandonato dal padre in età infantile, madre principale confidente e complice nel suo percorso di vita (omosessualità, AIDS)

OSSERVAZIONE DELL'EQUIPE

Elevato bisogno di controllo: accudimento eccessivamente meticoloso, estrema fatica a delegare, insonnia.

PRESA IN CARICO PSICOLOGICA

Rilettura del bisogno di controllo come modo per tenere a bada l'angoscia di perdita.
Attraversare il dolore per integrare il significato del legame con la madre.

SOFFERENZA PREOCCUPANTE



Dolore NON
proporzionato
alla perdita

Rischio che la sofferenza
possa evolvere
in modo disfunzionale



Il dolore che vedo
mi allarma

ROBERTA, 37 anni, *figlia della pz Hospice Laura*

Primogenita,
sorella deceduta.
Dipendenza
affettiva dalla
madre.

OSSERVAZIONE DELL'EQUIPE

Negazione
persistente e
spostamento su
area illusoria.

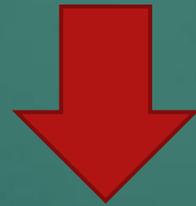
PRESA IN CARICO PSICOLOGICA

Perdita della madre =
perdita di sé.
Graduale contatto con
le sue emozioni e
creazione delle
premesse per una
presa in carico nel
tempo del lutto.

IL RUOLO DELLO PSICOLOGO

**FAVORIRE L'ATTIVAZIONE
DELLE COMPETENZE
RELAZIONALI
DEGLI OPERATORI**

**FORNIRE ALL'EQUIPE
STRUMENTI
PER INDIVIDUARE
I BISOGNI PSICOLOGICI**



*Restituzioni che non saturano,
ma aprono, pongono domande,
stimolano l'equipe a proseguire la relazione*

LO SPAZIO RELAZIONALE DELL'EQUIPE

Lo sguardo clinico e assistenziale
entra nello spazio dell'altro
e diventa co-costruttore del suo mondo.

Spazio condiviso in cui
mantenere la memoria
significa non perdere l'identità.

Raccontarsi, entrare in relazione,
percepire di essere importanti per gli altri permettono
la continuità tra *io che ero, io che sono, io che sarò.*

NON C'È UN "IO" SENZA UN "TU"

(M. Buber)

La narrazione dà forma al disordine dell'esperienza
e permette di costruire un senso
se avviene nella reciprocità

La categoria dell'**IDENTITÀ**
postula come necessario l'**ALTRO**



*“Se si vuole essere di aiuto a chi, lambito dalla malattia,
avverta in sé la presenza di una dolorosa condizione di fragilità,
di indifesa rassegnazione alla malattia
e all’angoscia della morte che ad essa si accompagna,
è necessario ancora una volta
ascoltare le parole inesprese del dolore e della solitudine,
del silenzio e della fatica di vivere,
che fanno parte di ogni umana esperienza di fragilità”.*

(Eugenio Borgna)