



# XXIV CONGRESSO NAZIONALE

SICP - Società Italiana di Cure Palliative

Riccione - 15/18 novembre 2017

## Il processo terapeutico in cure palliative: le risorse di un contesto

Loredana Buonaccorso – psicologa psicoterapeuta  
Gruppo Geode



FONDAZIONE FLORIANI

UNA RISPOSTA ALLA SOFFERENZA DEI MALATI INGUARIBILI

FONDAZIONE FLORIANI & GRUPPO GEODE



# Processo terapeutico

- Come la psicologia può declinare il suo sapere nella pratica clinica delle cure palliative?
- Definire una modalità di lavoro e il suo procedere



**'La psicoterapia  
tra arte e scienza'**

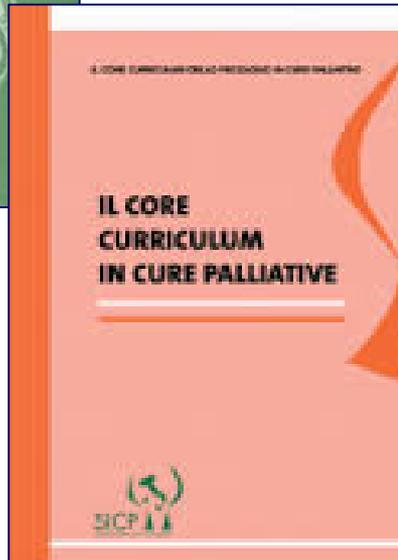
(V.Guidano, 2008)

# Fuori dalla stanza di psicoterapia

- **Setting:** ospedaliero, domiciliare, ambulatoriale
- **Tempo:** percezione soggettiva (consapevolezza); prognosi
- **Sistemi:** paziente, famiglia, equipe
- **Tema:** curare, prendersi cura, guarire
- **Cambiamento:** è possibile? (che cosa si può fare; a che cosa si può dare un nome; a che cosa si deve cambiare nome)



# Psicologi in cure palliative



- **Presenza in carico globale multidimensionale**
- L'intervento psicologico è dentro il lavoro di equipe:
  - comprendere l'esperienza e il vissuto di malattia nella storia di vita dei soggetti
  - restituire agli operatori, nel rispetto della privacy, i significati personali attribuiti alla malattia

## □ **Assessment:**

- **connessione** con l'equipe
- **item** sui quali costruire l'intervento specifico con l'equipe, il paziente e il sistema famiglia

# Item di connessione con l'equipe: l'inizio di un assessment

## Premesse

### La rilevazione del bisogno

L'osservazione del bisogno relazionale

### La connessione

Paziente e famiglia: il vissuto del tempo della malattia

Equipe: il tempo della assistenza e i suoi significati

### La segnalazione del bisogno allo psicologo

L'attivazione dello psicologo

Una telefonata di selviniana memoria

- **Cartella relazionale:** interconnessione tra l'osservazione relazionale dell'equipe e il colloquio psicologico
  - Lo psicologo conosce paziente e famiglia attraverso gli elementi -item di connessione- rilevati dall'equipe
  - Spazio relazionale dell'equipe: meccanismi di funzionamento di pazienti e famiglie
- **Telefonata:** è parte di un processo terapeutico

# Le risorse di una cornice contestuale

La specificità della cornice  
contestuale  
delle cure palliative

## la malattia

⇒ **Fattore trigger di possibili nuovi significati**

⇒ **Fattore trigger di nuovi positioning**

## il tempo del lutto

⇒ **Fattore trigger di cambiamento**

- La perdita reale (la morte) e l'idea della perdita (il tempo del lutto) creano uno **spazio vuoto aperto a infiniti possibili significati**
- **Malattia: evento e potenzialmente processo** che genera cambiamento e attiva la costruzione di nuovi significati e nuove posizioni relazionali
- Le ipotesi psicologiche costruite su valutazione ed osservazione dei bisogni del paziente e della famiglia all'interno dello spazio relazionale, sono verificate e rilette anche nell'arco di pochi giorni

# Buone Pratiche Psicologiche

## Domanda Sorprendente Psicologica

'Saresti sorpreso se i famigliari o il paziente avessero difficoltà emotive e/o relazionali nel percorso di cura e assistenza e se la famiglia, dopo il decesso del paziente, avesse bisogno di un percorso di elaborazione del lutto?'

- A partire dal bisogno relazionale osservato dall'equipe e condiviso
- **Obiettivo diagnostico e preventivo:** non solo identificare possibili riflessi psicopatologici, ma riconoscere, attraverso gli item di connessione, un significato preciso su cui far partire la costruzione del processo e dell'intervento
- Sia un SI' che un NO devono sorprendere lo psicologo e stimolarlo alla costruzione di un'ipotesi

# Intervento terapeutico

- Processo di **ipotizzazione**
- **Deutero-apprendimento**  
(Bateson, 1997)

- ❑ La cornice contestuale delle cure palliative richiede allo psicologo di essere capace di modulare il proprio intervento
- ❑ L'intervento è all'interno del processo che è quel percorso che prende inizio dalle ipotizzazioni dagli item di connessione con l'equipe

- Descrivere per tracciare differenze
- Spiegare per creare una connessione tra differenze
- Rappresentare la relazione per darvi significato

Distinzione tra **intervento psicologico** e **processo terapeutico**

# Intervento psicologico

(e non psychological support)

- **Temporalità**
- Il tempo di un bisogno
- **Microrestituzione**
- Il cambiamento percettivo
- **Integrazione all'interno dello spazio relazionale**
- Il lavoro psicologico dentro l'equipe

□ A prescindere dalla sua durata è un intervento specialistico:

1. Durata puntuale: inizia e si conclude su un bisogno specifico, centrato sul problema riferito che non attiva un percorso terapeutico
2. Focus nella restituzione dell'analisi psicologica strettamente inerente la richiesta espressa che mira a creare un cambiamento nella percezione del vissuto
3. È in continuità con le competenze relazionali dell'equipe, sostenute dalla rilettura dello psicologo e orientate in base alla microrestituzione

# Il processo terapeutico: psicologia in prosa

## Prime parole:

- con le quali il paziente apre il colloquio
- che l'equipe utilizza per costruire l'invio

## Ridefinizioni dei significati:

- creare connessioni tra processi cognitivi, emotivi e relazionali
- inerenti le ipotesi e difficoltà raccontate dall'equipe

## Costruzione di un pensiero e/e:

- esplorare nuovi significati
- strutturare un pensiero ipotetico e non normativo

## Rilettura

- intervento volto al paziente/famiglia sull'analisi dei bisogni espressi o latenti



# Processo terapeutico: le nuove narrazioni

- Possibilità di vedere insieme all'evento anche le sue alternative; insieme ad ogni presente anche un altro possibile presente



- Processo terapeutico - **processo ri-narrazione** delle storie

# PROCESSO TERAPEUTICO: LE NUOVE NARRAZIONI

## ψ GLI OBIETTIVI

- 1. L'analisi del bisogno psicologico**  
**La dimensione cognitiva, emotiva relazionale**
- 2. La valutazione della comunicazione e della consapevolezza**  
**Conoscere e sapere all'interno della relazione di cura**
- 3. La valutazione della sofferenza**  
**Storie permesse e storie proibite alla fine della vita**
- 4. Tipologie familiari**  
**Equipe e famiglia: due sistemi che si incontrano**
- 5. Diagnosi di lutto in cure palliative**  
**Lutto normale, critico, patologico**
- 6. Restituzione e connessione con l'equipe**  
**Lo Staff Support Case:**  
**un modo di lavorare all'interno della propria equipe**

□ Cambiamenti connessi alla dimensione cognitiva, emotiva e relazionale

• **Ampliare la consapevolezza nel soggetto del proprio modo di leggere gli eventi**

• Costruire le condizioni affinché si attivi e prosegua una riorganizzazione del modo di percepire, sentire e pensare del soggetto



# Comunicazione e consapevolezza

- L'intrecciarsi del vissuto emotivo e cognitivo è oggetto di studio e di riflessione (autoriflessione) continua sia per l'equipe sia per il paziente/familiari

## LO PSICOLOGO

- ❑ Interviene per aiutare la persona ad integrare l'informazione e ad elaborarla
- ❑ **Indaga quanto i meccanismi difensivi siano costitutivi della persona e quanto siano sorti in ragione della malattia**



# La valutazione della sofferenza

- Capire per che cosa si soffre, dare un nome al dolore e comprendere la complessa interdipendenza tra sofferenza e storia personale e familiare è ciò che lo psicologo può costruire, esplorare e conoscere attraverso il suo lavoro
- **Definire e diagnosticare il soffrire** come una normale reazione alla perdita, piuttosto che come un importante *impasse* nel percorso di adattamento alla malattia e alla perdita, è determinante per il procedere del processo



# Tipologie familiari

- **Le famiglie con maggiore adattamento sono caratterizzate da un buon livello di scambi comunicativi,** sul piano delle informazioni e come possibilità di condividere emozioni e scelte



- **Segnalare i sistemi familiari e individuali restii alla fiducia e alla collaborazione con i curanti,** così come quelli in cui i conflitti intrafamiliari sono elevati e il livello di sofferenza è elevato

MINUCHIN 1977	RAPHAEL 1984	KISSANE 1994
<p align="center"><b>TIPOLOGIE FAMILIARI E CONFINI</b></p>	<p align="center"><b>FAMIGLIE E LUTTO</b></p>	<p align="center"><b>TIPOLOGIE FAMILIARI NEL TEMPO DEL LUTTO</b></p>
<p>Famiglia Disimpegnata Confini eccessivamente rigidi</p>	<p>Famiglie in cui il lutto è un tabù</p>	<p>Famiglie supportive e coese</p>
<p>Famiglia Invischiata Confini diffusi</p>	<p>Famiglie in cui il lutto è una colpa</p>	<p>Famiglie risoltrici di conflitti</p>
<p>Famiglie Bilanciate Confini chiari</p>	<p>Famiglie in cui il lutto è all'interno di relazioni di vicinanza che sono vietate</p>	<p>Famiglie intermedie</p>
	<p>Famiglie in cui il lutto è evitato</p>	<p>Famiglie ostili</p>
	<p>Famiglie in cui il lutto si connette a un vissuto di disagio sociale e fragilità relazionale</p>	<p>Famiglie cupe mute</p>
	<p>Famiglie in cui il lutto è vissuto razionalmente e si rileva una distanza dalle emozioni</p>	
	<p>Famiglie in cui il lutto è condiviso</p>	

GRUPPO GEODE	L'OSSERVAZIONE DELL'EQUIPE	IL VISSUTO DELL'EQUIPE
<p><b>FAMIGLIA FUNZIONALE</b></p>	<p><i>Non si rilevano criticità particolari Famiglia supportiva e coesa</i></p>	<p><b>Collaborazione:</b> -con la famiglia -all'interno del proprio team</p> <p><b>RISCHIO:</b> sottovalutare la necessità di rivalutare costantemente il bisogno relazionale</p>
<p><b>FAMIGLIA CONFLITUALE</b></p>	<p><i>Presenza di conflitti aperti o latenti</i></p>	<p><b>Insicurezza:</b> difficoltà a leggere le dinamiche relazionali</p> <p><b>Preoccupazione:</b> difficoltà a definire gli obiettivi relazionali</p> <p><b>RISCHIO:</b> -manipolazione -collusione -schieramento -personalizzazione dei conflitti</p>

**FAMIGLIA  
CONTROLLANTE**

*Bisogno di controllo:  
-attenzione alle terapie e alle  
comunicazioni  
-richieste continue  
-mancanza di ascolto  
-disagio in ogni modifica proposta  
Il controllo limita il lavoro dell'equipe*

**Fallimento:** assenza di fiducia  
**Rabbia:** espulsione  
**RISCHIO:**  
-sfiducia all'interno  
dell'equipe  
-chiusura comunicativa  
-simmetria  
-pragmatismo operativo  
senza l'attivazione delle  
competenze relazionali  
-tecnicismo: aumento degli  
interventi proposti

**FAMIGLIA  
CHIUSA E SILENTE**

*Assenza di comunicazione o fatica  
comunicativa all'interno della  
famiglia*

**Blocco:** non collaborazione e  
difficoltà comunicative  
**Frustrazione:** discrepanza tra  
ciò che si vorrebbe dire/fare e  
ciò che si deve rispettare o  
che è imposto dalla dinamica  
familiare  
**RISCHIO:**  
-conflittualità interne  
all'equipe  
-presa di distanza emotiva  
dalla famiglia o eccessivo  
coinvolgimento

**FAMIGLIA  
SQUALIFICANTE**

*Svalutazione all'interno della famiglia  
Sfiducia nel personale  
Squalifica nell'assistenza e nel servizio*

**Mortificazione:** rispetto al proprio ruolo  
**Rabbia:** invalidato il lavoro  
**RISCHIO:**  
-ansia prestazionale: aumento degli interventi senza una corretta analisi dei bisogni  
-simmetria e chiusura relazionale da parte dell'equipe  
-fatica a posizionarsi sul continuum emotivo tra distanza e coinvolgimento

**FAMIGLIA  
DISFUNZIONALE**

*Disagio clinicamente significativo  
Disagio personale, relazionale,  
comportamentale*

**Fatica emotiva:** rispetto ad un coinvolgimento eccessivo di fronte alle richieste  
**Indifferenza:** difesa razionalizzante nella lettura dei bisogni  
**RISCHIO:**  
-fatica a circoscrivere il bisogno e a dare risposta a ciò che è di competenza del servizio di cure palliative

- **Diagnosi di lutto:** normale, critico, patologico
- **Restituzione e connessione con l'equipe:** staff support case



## ***L'inatteso e l'inaudito appartengono a questo mondo - CG Jung***



- Grazie a pazienti, familiari e operatori
- Grazie a SICP, Fondazione Floriani, Gruppo Geode
- Unità di Psico-Oncologia e Unità di Cure Palliative Azienda USL - IRCSS Reggio Emilia