



Mappe, storie e argomenti da approfondire

*Perché la cultura occidentale
ha affermato che la follia era
la verità denudata dell'uomo,
e tuttavia l'ha posta in uno
spazio neutralizzato e pallido
ove era come annullata?*
— Michel Foucault

Triennio 2015 – 2018

Maggio 2018

Elementi emersi dalle mappe

- Sofferenza del soggetto,
- contesto sociale,
- contesto familiare,
- approccio biografico,
- psicoterapia,
- crisi come rischio ma anche come opportunità per cambiamento

Elementi emersi dalle mappe

- Diversità del paziente con disagio psichico,
- competenze extra-cliniche,
- empatia,
- cogliere segni,
- costruzione rete di lavoro,
- mappatura di aspetti sociali, familiari,
- non giudizio, rispetto per la persona,
- terapie sia farmacologiche che psicoterapiche che 'sociali'

Elementi emersi dalle mappe

- Carriera psichiatrica,
- influenze ambientali e familiari,
- importanza dello stato d'animo del medico,
- aspetti legali,
- psichiatra,
- psicoterapia.

Storie di giovani medici

Gruppo 1: Iacopo, Mattia, Giulia

Gruppo 2: Emanuela, Francesco, Sara

1) Psicosi
e
Reati (TSO)

2) Il potere
del/dei
pazienti
psichiatrici gravi
nel sociale

gli
psicotici
sono
PSICOTICI
NON
STUPIDI, COLTI
VIOLENTI, ecc.

Ruolo degli PSICHIATRI
nelle gestioni psichiatriche gravi

Possibili titoli

1. Il tira e molla
2. La carriera psichiatrica: come influenza il comportamento del medico
3. I danni e le beffe

Prima storia

“Dopo averne raccontate alcune abbiamo scelto la più critica perché di + difficile inquadramento e gestita non al meglio.

GM: vigilia di Pasqua chiamano i carabinieri per un TSO perché una signora minaccia di uccidere il compagno per gelosia. I carabinieri erano stati chiamati dai vicini di casa che sentivano schiamazzi e piatti rotti. **Nota psicotica a tutti non a noi.**

Il compagno aveva la maglietta tagliata da un coltello che la signora aveva in mano e minacciava di usarlo, ma **non lo faceva.**

I carabinieri facevano **pressione** perché **intervenissimo.**

Cercavamo di convincere la signora che ci teneva in scacco perché non potevamo intervenire finché lei non passava ai fatti

Chiamato lo psichiatra: **non fare TSO, non è venuto**; insistere a convincerla che vada in PS

Lei non aveva alcuna intenzione, quando stava per calmarsi il compagno la provocava.

Stallo per un'ora e mezza.

Alla fine in modo teatrale minaccio di procedere con in TSO fingendo di compilare il modulo.

Lei ha capitolato e quindi ha acconsentito di andare in ospedale.

In ospedale il collega ha detto che la GM **non avrebbe potuto attuare la minaccia del TSO.**”

Conoscere il paziente (e il contesto):

- *Nota psicotica*: conoscere il paziente fa la differenza. Sapere che il paziente ha problemi psichiatrici a volte ci consente (in un caso come questo) di approcciarsi in modo più efficace. Al contrario può risultare un problema se il nostro comportamento parte da un pregiudizio e tratta il paziente come psicotico anche quando i suoi problemi sono organici (morbilità e mortalità maggiore che nella popolazione normale)

La carriera psichiatrica:

- *Minacciava di usare il coltello, ma non lo faceva:* a volte il paziente psicotico riconosciuto, cioè con una carriera psichiatrica alle spalle riesce a manipolare l'interlocutore (soprattutto i medici, che lui sa bene come si comportano) facendo leva su minacce, atteggiamenti plateali-teatrali, gesti eclatanti (radunare folle attorno a se ... forze dell'ordine, medici, vicini di casa). Il paziente è diventato in un certo senso esperto nel trattare i medici e le altre persone della rete dei curanti che tentano di occuparsi di lui e sa dove far leva per colpire.

Confini di competenze

- *Pressione perché il medico intervenga*: è importante ricordare (anche se difficile a volte riflettere durante l'azione) che esistono confini di competenza. Nello specifico se c'è reato o minaccia di reato la competenza non è del medico, ma delle forze dell'ordine.

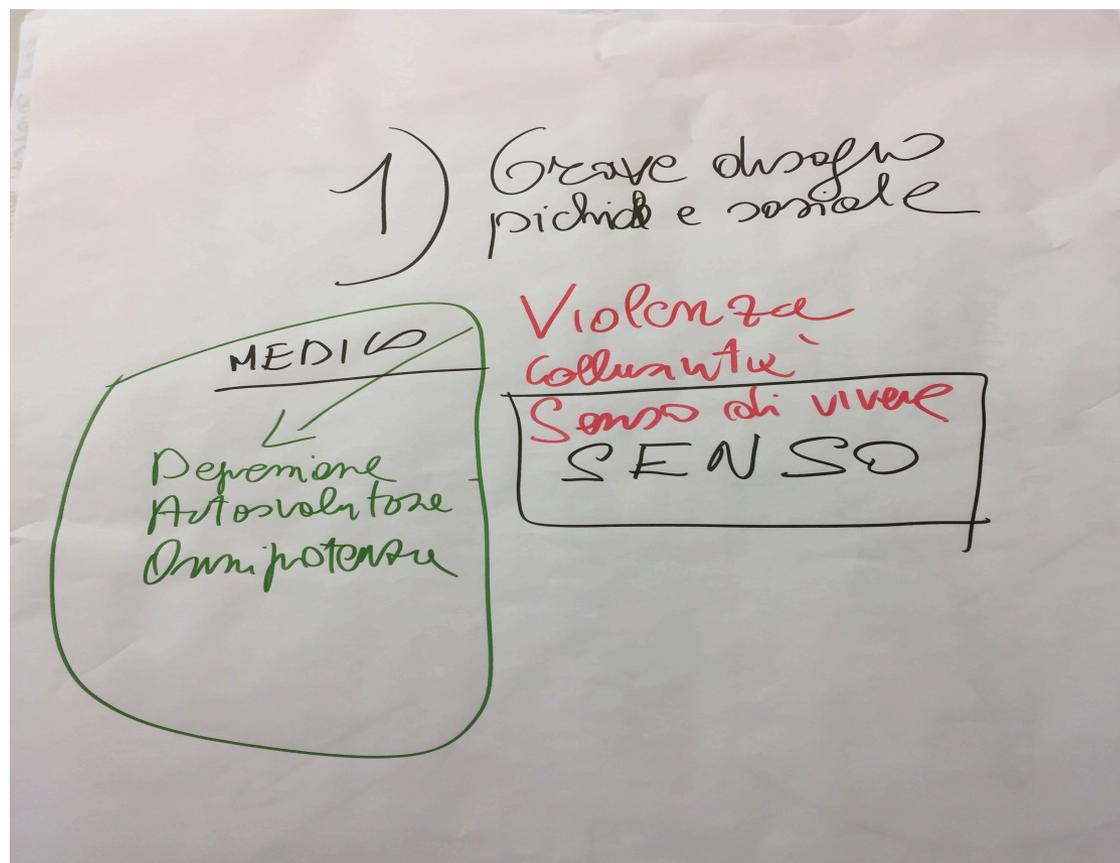
La relazione con i colleghi specialisti

- *Lo psichiatra*: può accadere che chi dovrebbe aiutarci o assumere la gestione del caso in prima persona non si senta in grado di farlo o non possa/voglia farlo. È bene distinguere cosa può fare un MMG o di CA in quei casi in cui lo specialista si tira in dietro, ma soprattutto va fatto il tentativo di esplicitare al collega le nostre competenze e i nostri limiti, riflettendo insieme di chi sia la responsabilità.

La responsabilità

- *Non avrebbe potuto effettuare la minaccia del TSO:* colpisce come venga considerato un errore l'unica strategia che ha sbloccato la situazione. La minaccia si è rivelata essere lo strumento per convincere la paziente a recarsi in ospedale senza TSO. Questo era quanto richiesto/consigliato dallo specialista. Il medico che opera in situazioni come queste deve sentire fino dove si può spingere la negoziazione. Usare minacce o debordare dalla legge può essere pericoloso per il medico (denuncia) se viene effettuato con prevaricazione e senza rispetto nei confronti del paziente e dei suoi diritti. In questo caso probabilmente la paziente sapeva che il medico non poteva effettuare un TSO, ma ha colto la minaccia come un'occasione di tregua e capitolazione.

Possibili titoli



1. Tra empatia ed exopatìa
2. Violenza e senso del vivere

La seconda storia

Storia accaduta nell'ambulatorio del tutor MMG, riguarda una donna Mariella, 45 anni. Storia d'amore durata 2 anni e mezzo. **Ha avuto molto impatto su di me.**

Primo incontro con la paziente al primo periodo di tutorship. Chiede BDZ per ansia, attacchi di panico. Il tutor racconta la storia della signora fatta di **violenze e abusi**. Si riscatta sposandosi con un uomo molto più anziano → 3 figli, problematici. Figlia anoressica e 2 maschi con disturbi del comportamento.

La rivedo quest'anno: viene con un nuovo compagno molto più giovane.

Il tutor racconta che è stata privata della patria potestà, il marito arrestato perché abusava dei tre figli.

Lei ha fiducia cieca nel suo MMG.

Ha sempre alti e bassi. Attacchi di panico vanno e vengono. Anche crisi depressiva.

La settimana scorsa telefona al suo medico annunciando che si suiciderà.

Si riesce a farla ricoverare.

La rivedo nell'ambulatorio gravidanza a rischio, voleva un figlio, ma ha avuto un aborto spontaneo.

IMPATTO sul medico: intelligenza acuta, vita difficile. Riflessione sulla mia storia.

Empatia ed exopatìa

- *L'impatto sul medico:* a volte le storie di pazienti con problemi psichiatrici (soprattutto quando si condiscono con violenza e prevaricazioni) hanno un forte impatto emotivo sul medico. Il medico può essere messo alla prova, coinvolto, può a volte immedesimarsi, prendere parte per uno dei protagonisti, a volte è travolto. Può essere difficile stabilire la giusta distanza emotiva per una efficace relazione terapeutica, ma è importante ricordare che il paziente non ha bisogno solo di empatia. Va ricordato che l'empatia è un sentimento che l'essere umano prova a prescindere dalla volontà (neuroni specchio!), ma anzi è biologicamente determinato, quello che il medico può fare è esercitarsi nella gestione e modulazione di tale sentimento a favore del paziente e della relazione terapeutica di cui è **responsabile**. L'exopatìa è il contrario dell'empatia e va invocata quando le emozioni del paziente rischiano di "travolgere" il medico e di renderlo inefficace come terapeuta.

La fiducia e le sue implicazioni

- *Fiducia cieca nel suo medico:* spesso i pazienti con importanti problemi psichici e sociali hanno una buona capacità di indirizzare la propria domanda al medico o all'operatore che può rispondere a quella domanda. Dalla tesi di Irene Franci emerge come i pazienti gravi siano in grado di rivolgersi per esigenze diverse a MMG, GM o psichiatra.

Quando il paziente pensa al suicidio

- *Annuncia il suicidio:* parlare di suicidio con il paziente non deve essere un tabù. Addirittura chiedere (con la dovuta delicatezza e le giuste parole a seconda del soggetto che abbiamo davanti) se ha pensato al suicidio e alle eventuali modalità su come attuarlo (indice di gravità se il paziente ha già pensato al come fare o progettato dettagli), può essere un elemento determinante che fa decidere il MMG ad inviare il paziente allo specialista. Si tratta di un indicatore di gravità della situazione, ma anche di un indicatore di opportunità di co-gestione con lo psichiatra

Da approfondire (mappe)

1. La persona è inserita in un contesto: lavorare sul contesto.
2. La persona con disturbi psichici soffre
3. Il paziente psichiatrico è un paziente “diverso”
4. Il paziente psichiatrico suscita emozioni nel medico
5. La gestione del paziente psichiatrico necessita di competenze specifiche e particolari
6. Per il paziente psichiatrico rimane la necessità di cure anche farmacologiche qualsiasi sia il tipo di approccio proposto (*quindi necessita di inquadramento diagnostico in ogni caso, che sia abbastanza semplice e funzionale – nota S. e V.*)

Proponiamo di approfondire

1. Empatia ed exopatia, la relazione (e la fiducia) come elemento terapeutico): la distanza terapeutica.
2. Il concetto di carriera psichiatrica e la sua utilità diagnostica: la sfida delle patologie “organiche”.
3. Confini di competenze, la relazione con colleghi specialisti, la responsabilità.
4. Il sociale, il transculturale e la soggettività.
5. Il suicidio
6. Inquadramento diagnostico terapeutico: la clinica.
 1. Clinica classica
 2. NICE e pragmatismo anglosassone
 3. Il DSM
 4. Il PDM-2
 5. Approccio sistemico relazionale
 6. L'approccio biografico (paziente, contesto)
 7. Psicoterapie (psicoanalitiche, comportamentale - cognitivo comportamentale, terapia cognitivo-costruttivista, analisi transazionale, terapia centrata sul cliente – C. Rogers, terapia Gestalt, terapia corporea sviluppo funzionale.
 8. Psicofarmacologia

Vado un attimo fuori di testa
vi serve qualcosa??

