

Di fronte alla diagnosi di tumore:

quale comunicazione?

La diagnosi di cancro:

Si configura come evento critico che minaccia l'individuo ed interferisce con le dimensioni su cui si articola la vita: **fisica, psicologica e relazionale**

PREMESSA:

Oggi si riscontra da parte sia del paziente che della sua famiglia un notevole incremento del bisogno informativo, dovuto a:

- un nuovo atteggiamento culturale
- una maggior disponibilità di informazioni
- un maggior sviluppo tecnologico

Inoltre l'attenzione del curante non è più focalizzata solo sulla patologia ma anche sull'intera persona. Il modello biomedico (centrato sulla malattia) si è evoluto verso quello biopsicosociale (centrato sul paziente)

I DUE MODELLI:

MODELLO BIOMEDICO

- . Centrato sulla malattia
- . Implica obbedienza
- . impone prescrizioni
- . Ruoli attivo/passivo

MODELLO BIOPSIICOSOCIALE

- . Centrato sulla persona
- . Implica compliance
- . Propone orientamenti
- . partnership

INFORMAZIONE

VS

COMUNICAZIONE

. Messaggio unidirezionale

. Messaggio bidirezionale

. No partecipazione emotiva

. Partecipazione emotiva

. Completa/parziale

. Empatica /distaccata

. Vera/falsa

. Congruente/incongruente

. Comprensibile/incomprensibile

. Intensa/debole

GLI EFFETTI POSITIVI SUL PAZIENTE

- Senso di maggior controllo sulla malattia
- Migliore capacità di fronteggiare gli aspetti critici
- Miglior generale adattamento alla realtà di malattia
- Miglior relazione con i curanti e familiari
- Miglior accettazione dei trattamenti e partecipazione alle scelte terapeutiche
- Maggior autonomia psicologica e maggior autostima
- Pianificazione adeguata del futuro

BUONI MOTIVI PER COMUNICARE E BENE

- per rispondere al bisogno di comunicazione del paziente
 - Perché è un obbligo giuridico deontologico ed etico
 - Perché è un diritto del paziente
- Perché può facilitare il processo di adattamento del paziente alla patologia

IL PROTOCOLLO SPIKES

S: setting up (preparare il contesto)

P: perception (valutare quanto sa il paziente)

I: invitation (invitare ad esprimere il proprio desiderio o meno ad essere informato)

K: knowledge (dare al paziente le informazioni necessarie per comprendere la condizione clinica)

E: emotions (aiutare il paziente ad esprimere le proprie emozioni, dubbi, pensieri....)

S: strategy & summary (concordare con il paziente una strategia d'intervento valutando quanto ha compreso e riassumendo quanto detto)

FONTI DI SOLLIEVO

per il paziente nel rapporto coi curanti:

- "esserci" (accessibilità emotiva)
- Trasmissione chiara delle informazioni sulla malattia (onestà, sincerità, rispetto per l'altro,...)
- Atteggiamenti e comportamenti indicativi di empatia (sorriso, contatto visivo, corporeo,...)

FONTI DI DISAGIO:

- Medicalizzazione del rapporto
- Freddezza
- Infantilizzazione
- Frettolosità
- Scarso contatto corporeo
- Ridotta comunicazione verbale
- Evasività o incongruenza alle risposte

Le reazioni del paziente:

Fase di shock: incredulità, angoscia intensa, senso di solitudine, uso di meccanismi difensivi (negazione)

Fase di reazione: ansia, paura, rabbia, uso di meccanismi difensivi (negazione, proiezione, razionalizzazione, atteggiamento fatalistico,..)

Fase di adattamento: ristrutturazione cognitiva, elaborazione delle emozioni connesse alla malattia, integrazione della malattia nel proprio percorso esistenziale

N.B. :Molti possono essere i percorsi che conducono ad un buon adattamento alla malattia, ma tutti dipendono dalle risorse e dalle abilità individuali, oltre che dalle risorse presenti nell'ambiente

Risposte emotive del paziente alla malattia le variabili in gioco:

Caratteristiche della patologia

Supporto sociale percepito

Caratteristiche di personalità

Qualità della comunicazione con l'equipe di cura

....quali abilità richiede?

1. Preparare il **contesto**
2. Fare un buon impiego delle **domande**
3. Conoscere ed utilizzare le tecniche di **facilitazione**
4. Saper rispondere con **empatia**

LE TECNICHE EFFICACI PER MIGLIORARE LA COMUNICAZIONE

Ci sono alcune tecniche che facilitano la comunicazione,
che
incoraggiano ad esprimere sentimenti e pensieri
ed ottenere
un'efficacia terapeutica.

Le tecniche presentate sono tra le più comuni e consolidate
dall'esperienza e riguardano sia la comunicazione *verbale*
che
non
verbale.

- L'ATTEGGIAMENTO DI ASCOLTO
 - IL SILENZIO
 - LA CONVALIDA
- COMPRENSIONE DEL MESSAGGIO VERBALE
 - DOMANDE APPROPRIATE
- INCORAGGIAMENTO NON VERBALE
 - CONGRUENZA

IL COPING

Assume una fattore di mediazione importante nella
relazione tra
eventi di stress e l'adattamento fisico e psicologico

Secondo Lazarus e Folkman è definito come " un costante
cambiamento cognitivo e sforzo comportamentale
nella gestione
delle richieste esterne ed interne
sulla base
delle risorse della
persona"

Letteralmente Coping significa "Cavarsela",
"Affrontare con successo".

15 DIVERSI STILI DI COPING SECONDO WEISSMAN

*(ossia 15 diverse modalità di affrontare la
malattia)*

- 1) Ricercare ulteriori informazioni (razionalizzare)
- 2) Condividere le proprie preoccupazioni con gli altri
(condividere
le preoccupazioni)
- 3) Sottovalutare la gravità della malattia
(minimizzare)
- 4) Cercare di pensare ad altro (repressione)
- 5) Distrarsi con altre attività (spostamento)
- 6) Confrontarsi con il problema (confronto)
- 7) Accettare la diagnosi e trovare gli aspetti positivi
(ridefinizione)
- 8) Fare qualunque cosa (acting-out)

e ancora...

- 9) Subire passivamente (fatalismo, rassegnazione)
- 10) Valutare possibili alternative (riflessione razionale)
- 11) Cercare di ridurre la tensione ricorrendo a gratificazioni immediate (riduzione della tensione)
- 12) Ritirarsi dalle situazioni sociali e isolarsi (riduzione degli stimoli)
- 13) Prendersela con qualcuno o con qualcosa (proiettare)
- 14) Eseguire le indicazioni di una persona ed affidarsi a questa (compliance)
- 15) Prendersela con se stesso (internalizzare)

Weissman AD et al "General Hospital Psychiatric" 1

Profili di coping secondo Burgess

Atteggiamenti più o meno difensivi nei confronti della malattia

1) Hopelessness- Helplessness (disperazione/impotenza):

- Alti livelli di ansia e depressione
- Convinzione di controllo esterno
- Assenza di strategie cognitive

2) Negazione - Evitamento:

- Assenza di ansia e depressione
- Convinzione di controllo interno

3) Spirito combattivo:

- Convinzione di controllo interno sulla malattia
- Ansia e depressione entro livelli contenuti

4) Accettazione stoica:

- Convinzione di controllo esterno
- Bassi livelli d'ansia e depressione

**RAPPORTI TRA STILE DI COPING E
SOPRAVVIVENZA**

I meccanismi di difesa della paziente, a parità di condizioni cliniche e di terapie incidono sul decorso e sulla prognosi della malattia e sul reinserimento nella vita di tutti i giorni.

(Mc Guire et al)

LE 5 FASI DI REAZIONE EMOZIONALE ALLA DIAGNOSI DI CANCRO SECONDO KUBLER ROSS

1° FASE: rifiuto e isolamento

Il soggetto di fronte una notizia catastrofica , come il cancro o il sospetto di essa, reagisce con rifiuto e isolamento

2° FASE: la collera

Il soggetto successivamente sostituisce il rifiuto e l'isolamento con sentimenti di rabbia, invidia e risentimento verso la gente e verso Dio.

3° FASE: venire a patti

Il soggetto cerca di fare un accordo che possa rimandare l'inevitabile evento. In genere viene fatto con Dio e generalmente tenuto segreto o menzionato tra le righe.

4°FASE: la depressione

Quando il malato incurabile non può più negare la sua malattia, quando è costretto a subire altri interventi o il ricovero, quando diviene più debole e non più sorridente, la collera e la rabbia saranno presto sostituiti dal senso della grave perdita che subisce.

5° FASE: l'accettazione

Se il malato è stato aiutato a superare le fasi precedentemente descritte, raggiungerà uno stadio nel quale non sarà depresso, né arrabbiato per il suo destino.

E la famiglia? Possibili reazioni alla diagnosi

- a) **Negazione:** Il partner e o la famiglia continua a comportarsi come se non fosse successo nulla, non ricorrendo agli esami medici e trattamenti necessari per il familiare.
- b) **Iper-coinvolgimento:** I ritmi e le abitudini del partner e di tutta la famiglia sono riorganizzati intorno a i bisogni del paziente per alleviare la sofferenza. Tutti i membri della famiglia hanno alti livelli di ansia coscienti che parte dei loro sforzi potrebbero essere frustrati dalla situazione reale e dal progredire della malattia.
- c) **Distacco:** L'esistenza della malattia viene accettata ma la presenza del paziente è rifiutata in quanto egli è la causa di sofferenza, con la quale risulta difficile instaurare un rapporto interperso