



SOCIETÀ
ITALIANA di
PSICOLOGIA
POSITIVA



Giornate Nazionali di Psicologia Positiva – VIII Edizione

Nutrire positività. Ricerche e Interventi per la promozione del benessere.

DECONSTRUIRE VINCOLI E PROMUOVERE POSSIBILITA'
GRAZIE E NELLA RELAZIONE
TRA MEDICO DI FAMIGLIA E PSICOLOGO

Un 'analisi esplorativa di come il medico vede lo psicologo

Attà Negri*, Laura Carelli**, Anna Paladino*,

Claudia Zamin***, Sivia Di Buduo*

- * Dipartimento di Scienze Umane e Sociali - Università degli Studi di Bergamo
- ** Ospedale San Luca – IRCCS Istituto Auxologico Italiano
- *** Società Italiana di Psicoanalisi della Relazione - SIPRE

Introduzione

Modello bio-psico-sociale (Engel, 1977)

Salute o malattia: interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali.

OMS (1946)

Salute: stato di completo ben-essere fisico, mentale e sociale

(vs assenza di malattia)

Ambiguità e difficoltà di ordine epistemologico: necessarie disponibilità all'apertura e comunicazione tra i vari livelli (Solano, 2011; Bertini, 2012)

Psicologia della salute

Abilitazione e promozione di competenze *sociali e di comunità* connesse con una visione positiva del “benessere soggettivo” (Braibanti, 2009)

Scienza del ben-essere: individuare le dimensioni che lo caratterizzano, *sorgenti e processi che lo alimentano e metodologie per promuoverlo*. Attenzione sia ai fenomeni patologici che alle risorse della salute (Solano, 2011)

Barriers and Enhancements to Physician–Psychologist Collaboration

Katherine Kainz
Olmsted Medical Center

Quaderni di Psicoterapia Comparata - numerozero - Studi e ricerche

MEDICO DI MEDICINA GENERALE E PSICOLOGO UNA COLLABORAZIONE POSSIBILE?

di Paola Degl'Innocenti, Valentina Nuzzo, Pietro Pellegrini, Giulia Rossi
dottori in psicologia, tirocinanti post-lauream Scuola di Psicoterapia Comparata

The Spanish Journal of Psychology
2009, Vol. 12, No. 1, 217-225

Practice of Biopsychosocial Medicine in Portugal: Perspectives of Professionals Involved

M. Graça Pereira¹, Alfonso Alonso Fachado², and Thomas Edward Smith³

Mental Health in Family Medicine 2009;6:91–8

© 2009 Radcliffe Publishing

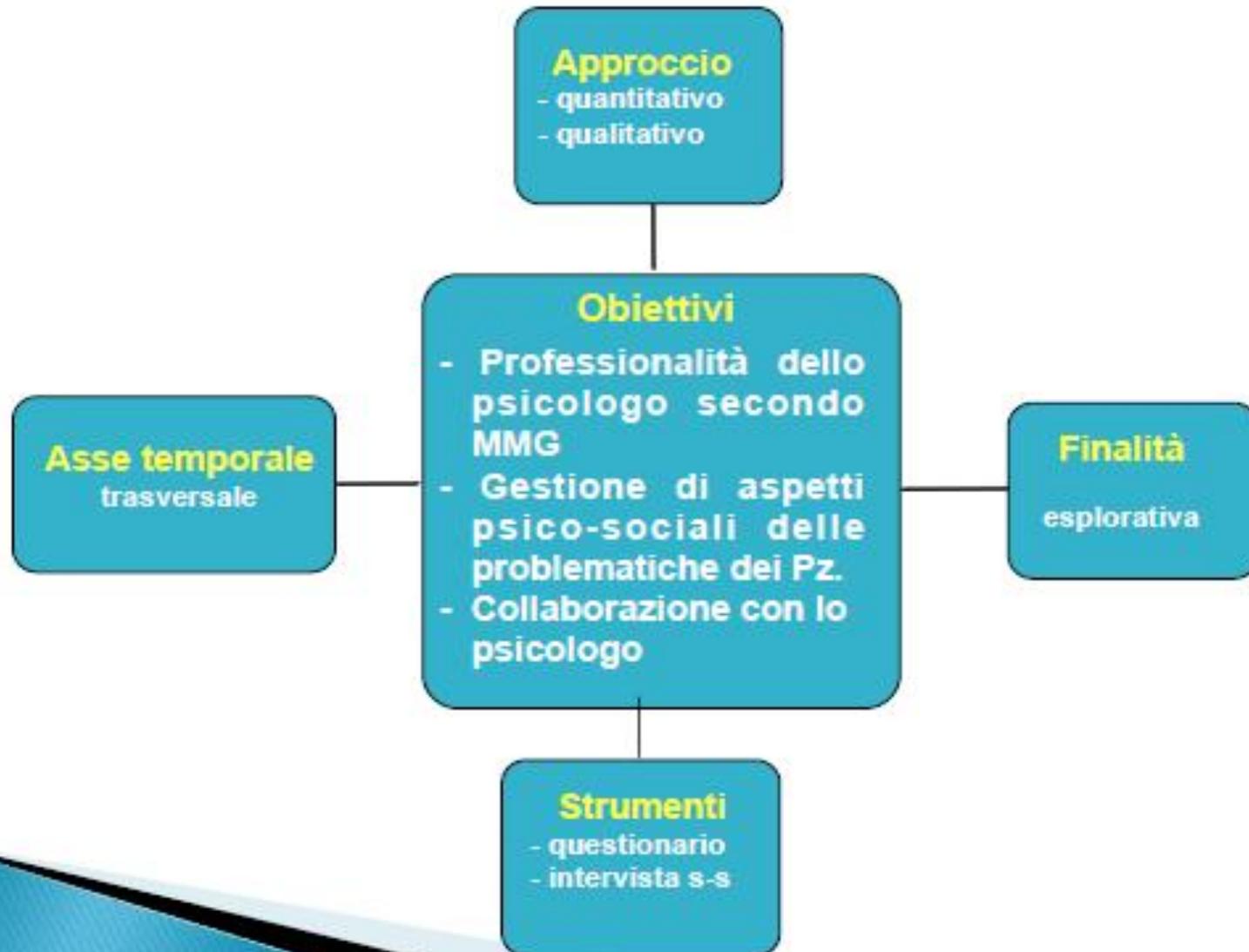
Article

The family physician and the
psychologist in the office together:
a response to fragmentation

Luigi Solano
Enzo Pirrotta
Paolo Fayella

Veronica Ingravalle

Obiettivi e Metodologia della ricerca



Metodi: il questionario

I fase quantitativa/qualitativa: questionario

costruito ad hoc – compilato on line

39 domande a risposta chiusa (scala Likert a 4 punti, sì/no, risposta multipla) e

1 aperta

Aree tematiche indagate:

1. componenti psico-sociali dei disturbi lamentati
 2. conoscenza e rappresentazione relativa ai professionisti della “salute mentale”
 3. atteggiamento e propensione alla collaborazione con lo psicologo
 4. esperienze di collaborazione con lo psicologo
- 

Metodi: l'intervista

II fase qualitativa: intervista semi-strutturata

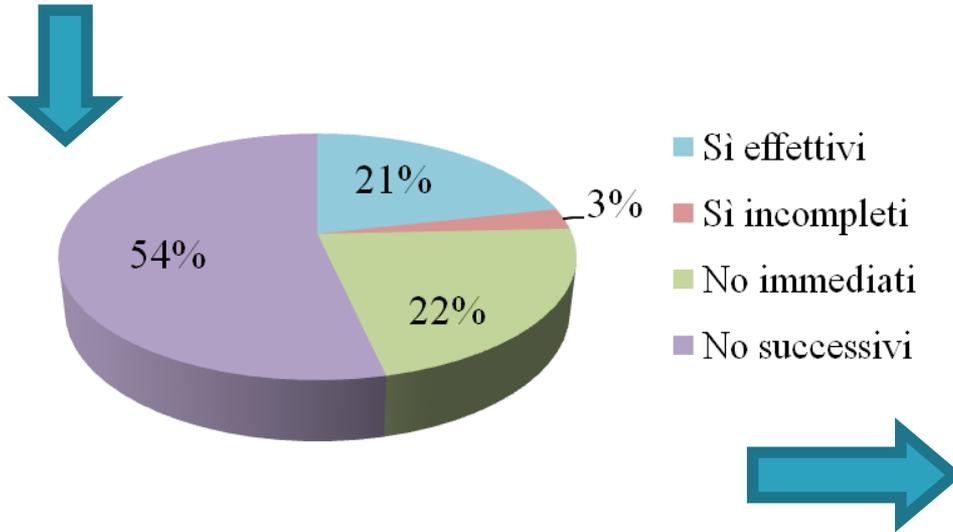
14 domande aperte

Aree tematiche indagate:

1. visione della medicina alla luce dei cambiamenti nei modelli di formazione e di cura
 2. difficoltà incontrate nella pratica professionale
 3. modello di relazione tra medicina e psicologia
 4. rapporto tra dimensioni bio-mediche e psico-sociali nell'ambito della salute e della malattia
 5. intervento farmacologico e psicologico
- 

Il campione

Contattati telefonicamente: **325 MMG (187 M, 138 F)**, 319 di ASL
Milano e 12 di Gorgonzola



Intervistati: **7 MMG (4 M, 3 F)**

Età M: 61

Partecipanti (n = 70)		
	Media	D.S.
Età	55,91	7,93
N. assistiti	1378	355,58
Frequenza		
%		
<i>Genere</i>		
M	44	63
F	26	37
<i>Città</i>		
Milano	64	91
Gorgonzola	6	9
<i>Formazione</i>		
Laurea MC	13	19
1° Special.	8	11
2° Special.	49	70

Analisi statistiche

Dati quantitativi

Analisi descrittive (M., D.S., frequenze, %) e correlazioni tra risposte al questionario e variabili su scala ordinale

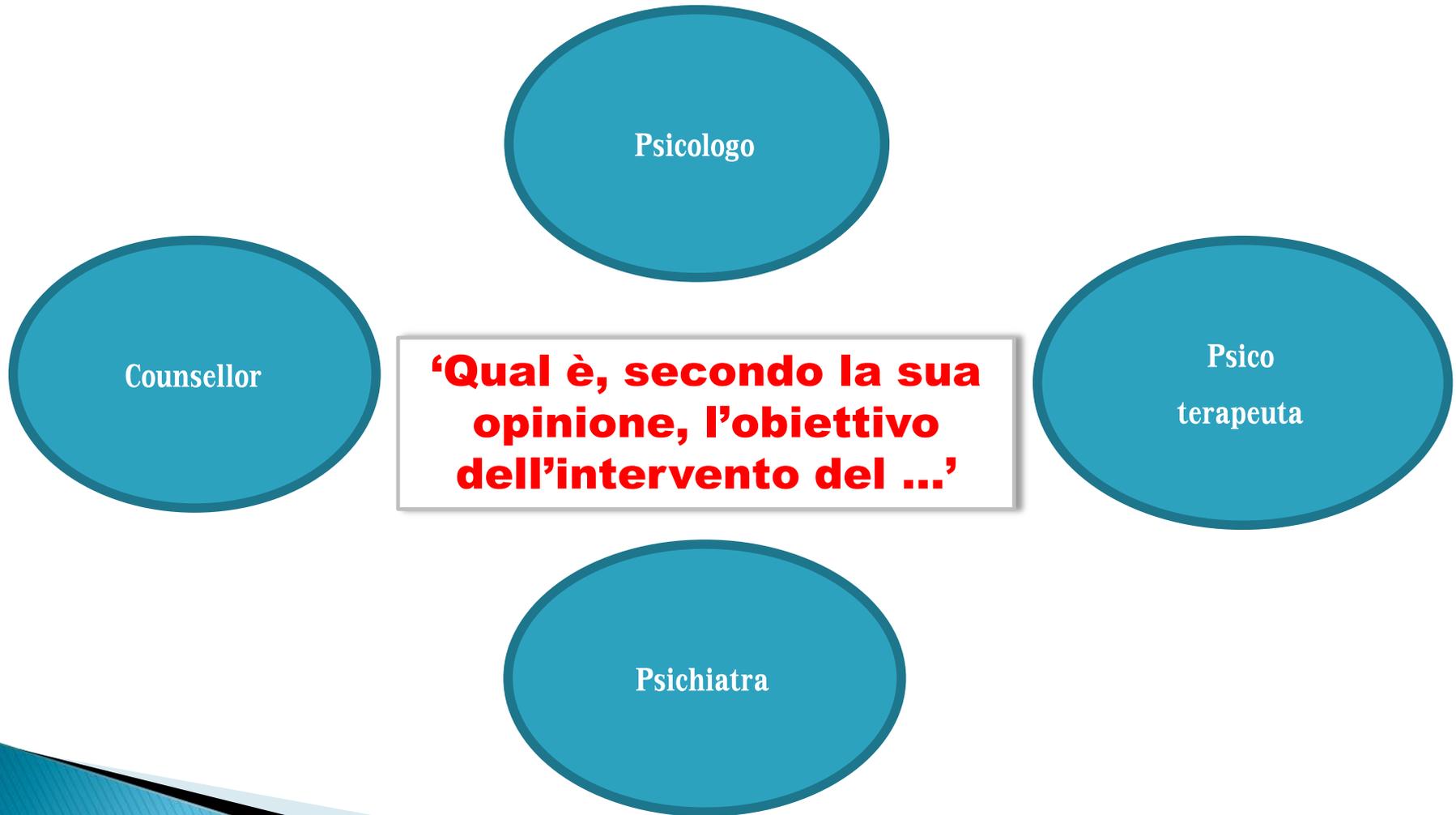
Dati qualitativi

Approccio della “*grounded theory*” (Cicognani, 2002)

Tipi di codifica: aperta, assiale e selettiva



Conoscenza e rappresentazione dei MMG rispetto ai professionisti della salute mentale



Psicologo e Psicoterapeuta:

- Sintomo psicopatologico e psicosomatico
- Diagnosi e cura/supporto emotivo
- Intervento centrato sul sintomo diagnosticato in qualità di esperto e tecnico
- Subordinazione rispetto al MMG ed alla terapia farmacologica prescritta

Psichiatra:

- Patologie psichiche gravi
- “Regista dell’intervento farmacologico”
- Non riferimento a collaborazione col MMG

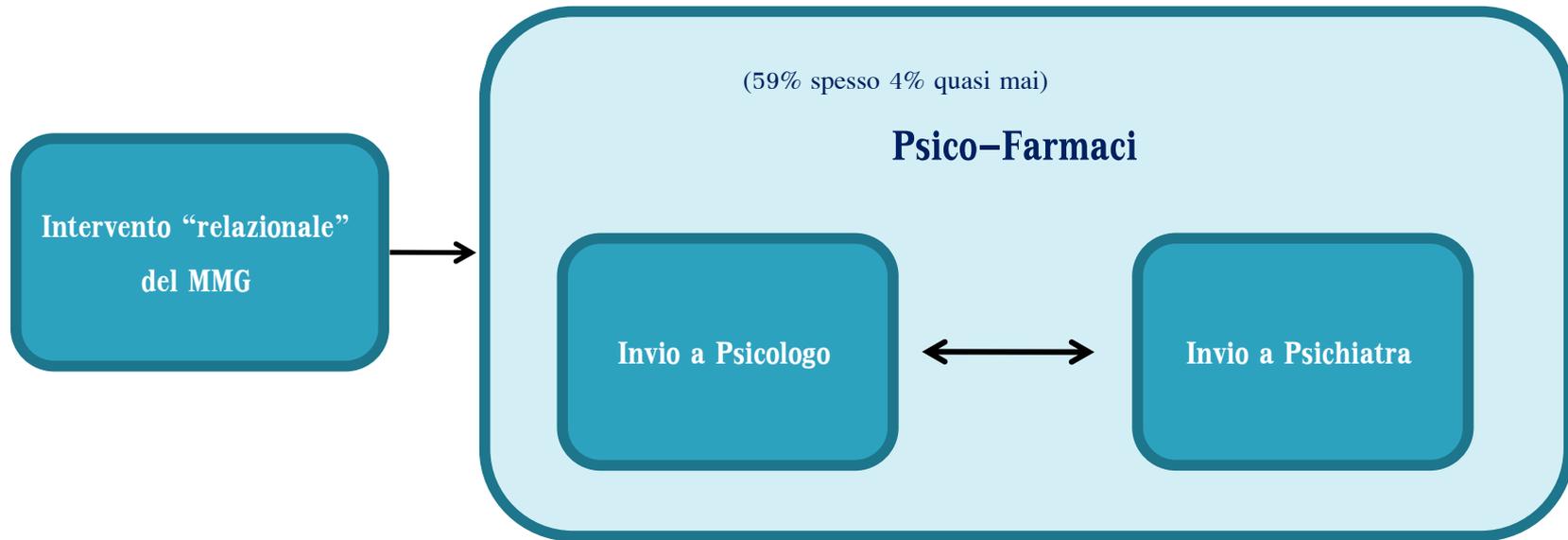
Counsellor:

- Difficoltà esistenziali, disagio psicologico e relazionale, criticità
 - Orientamento, problem solving, autoconsapevolezza
 - Promuovere atteggiamento attivo, fornire punti di vista nuovi
 - Talvolta come facilitatore e mediatore tra MMG e pazienti
- 

Rappresentazioni dell'intervento psicologico: definizioni coerenti con la teoria dell'analisi della domanda (Carli, Paniccia, 2003)

- 19% Psicologo
- 27% Psicoterapeuta
- **29% Counsellor** ~~mobilita~~ → risorse presenti
- Nella percezione dei MMG, la figura del counsellor, più di quella dello psicologo/psicoterapeuta, è associata alla promozione di un atteggiamento attivo del paziente ed alla mobilitazione delle risorse presenti mediante la relazione clinica.
- Lo psicologo come figura è analoga a quella dello psichiatra/medico, ma senza l'impiego dei farmaci.

Approccio e gestione degli aspetti psico-sociali dei pazienti da parte dei MMG



Il disagio psichico dei pazienti, *se di lieve entità e non preclude compliance*, viene *gestito all'interno dello studio medico nella relazione duale*.

Quando il disagio sfocia in psicopatologia, c'è l'invio allo psicologo:

- strumentale a intervento farmacologico
- come ultima soluzione

Aree mediche e collaborazione MMG - Psicologo

Rispondenti (n = 65)					
	% Mai (No)	% A volte	% Spesso	% Sempre	% Sì (A volte, Spesso, Sempre)
Andrologia	23	60	17	0	77
Cardiologia	57	34	9	0	43
Chirurgia	83	11	5	1	17
Dermatologia	51	38	11	0	49
Diabetologia	80	14	6	0	20
Disturbi psicosomatici	0	35	56	9	100
Dolore cronico	35	46	19	0	65
Endocrinologia	74	21	5	0	26
Fumo, alcol, obesità	15	38	42	5	85
Geriatria	38	53	9	0	62
Ginecologia	51	38	9	2	49
HIV e AIDS	40	40	15	5	60
Neurologia	45	37	18	0	55
Oncologia	25	37	32	6	75
Psicopatologia/Psichiatria	5	24	48	23	95

Tra bisogni e pratica clinica

77% MMG incontra “spesso” o “quasi sempre” pazienti che potrebbero trarre beneficio da un aiuto psicologico.

La consultazione psicologica per questi pazienti viene richiesta:

- ▶ **35% dei MMG** [“qualche volta”]
- ▶ **23% dei MMG** [“spesso” o “quasi sempre”]
- ▶ **42% dei MMG** [“quasi mai”]

60% MMG prescrive “spesso” o “quasi sempre” una terapia farmacologica

Pertanto, **capacità dei MMG di individuare bisogni psicologici dei pazienti**, ma **limitato ricorso ad una consultazione psicologica** per gli stessi.

Motivo della mancata richiesta di consultazione psicologica

- ▶ **Spesa** non sostenibile dai pazienti (33.1%)
- ▶ **Disagio contenibile** nella relazione MMG-paziente (25%)
- ▶ **Presupposta reazione negativa** del paziente (18.8%)
- ▶ Ricorso a **terapia farmacologica** (15%)
- ▶ Timore che i pazienti percepiscano il problema come sminuito (2.5%)
- ▶ Mancanza di una rete di psicologi affidabili (1.9%)
- ▶ Invio percepito come indice di incompetenza del MMG (0.6%) [prestigio professionale, Bertini, 2012]

Aspetti del MMG che influenzano collaborazione con psicologo

Correlazione negativa tra **n° anni di esperienza come MMG** e **frequenza nella richiesta di intervento psicologico** da parte dei pazienti.

Possibili spiegazioni:

- **formazione dei MMG “anziani” più orientata alla semeiotica**, maggior competenza nella gestione di aspetti relazionali vs tecnicismo.
- **aspetti culturali dei MMG più “anziani”** che condizionano la possibilità degli assistiti di esprimere una richiesta di intervento psicologico.

Spunti di riflessione dalle interviste

1) Lo psicologo come ultima scelta diventa intervento palliativo in situazioni di cronicità

‘... Diciamo che c’è forse più un’accettazione da parte del paziente della sua situazione, che è già qualcosa... Se è ipocondriaco, resta ipocondriaco, se è ansioso, rimane ansioso... quando magari ha un po’ di stress tacchete, ci ricade... Sì, però alla fine, diciamo, il paziente è cronico, eh! **Secondo me diventa cronico come chi ha la bronchite cronica...**’

Spunti di riflessione dalle interviste

2) Anticipazione/rappresentazione della difficoltà del paziente a rapportarsi con un estraneo ed a svelare aspetti di sé.

‘... è più di trent’anni che sono lì, per cui li ho visti nascere, li ho, li ho visti crescere, li ho visti invecchiare ... per cui conosco vita, morte e miracoli di tutti ... han sempre fatto conto su di me anche, ripeto, anche per cose non perfettamente inerenti la patologia. Per cui ho un, quindi un rapportarsi con me è facile per loro, un rapportarsi con un’altra persona incomincia a dover mettere in discussione tutto ...’

Spunti di riflessione dalle interviste

3) Approccio indiretto alle componenti psico-sociali mediante gli esami strumentali

‘... Una mia paziente carissima che avevo tanti anni fa ... un giorno arriva qua e mi tira fuori tutta una **serie di disturbi fisici**. **Io non ho detto niente**, gli ho fatto far gli esami. Dopo, fatti gli esami, visto che non, insomma, erano tutti nella norma: “E adesso mi dica cosa le è successo”. Cos’era successo? ... Lei aveva un segreto ... Allora con questa qui che era più in confidenza le dico: **“Va be’, senta, adesso qui è tutto a posto. Adesso mi dica cos’è successo, perché”** dico, lei non è tipa da questi disturbi, così”. Allora questa mi racconta appunto ...’.

Spunti di riflessione dalle interviste

4) Rappresentazione del ruolo dello psicologo

“... lo psicologo va be’ insomma se c’hai un po’ di pigne in testa te li gestisci da solo, non è che devi venire da me a spendere i soldi del pubblico insomma; ... forse è proprio perché storicamente in realtà... c’era una minor attenzione in assoluto, cioè comunque o il paziente era un paziente psichiatrico e allora c’era una gestione di un certo tipo, o altrimenti una serie di malesseri che forse sono - come dire? - cent’anni fa dallo psicologo non ci andava nessuno, non sapeva neanche che esistesse... c’era la nonna contadina che ti raccontava e che faceva lei da psicologa”.

Spunti di riflessione dalle interviste

5) Importanza del **rapporto di fiducia** con il MMG

*“... se lei dice di fare la terapia in un certo modo e lui non si fida, non la fa... Allora, se lei ha un rapporto di fiducia e la persona si fida di lei..., a me è capitato di sbagliare... anche un po' indirizzato perché la paziente aveva minimizzato dei sintomi... però ero io che dovevo accorgermene naturalmente, e poi la cosa è venuta fuori dopo; io quando è venuta io le ho detto “Be’, sono umiliato, sono umiliato perché ci dovevo pensare io, non lei” e questa qui ha detto “**Dottore, non si preoccupi, cioè, sono cose che succedono**” e.. e quindi mi ha molto colpito anche questa cosa qua, no? ... Io, c'è una cosa che non ha funzionato? Parliamone”.*

L'inizio di una collaborazione ...

R: in che modo potrebbe essere utile e realizzabile, secondo lei, nella pratica clinica un'ipotetica collaborazione con lo psicologo?

I: potrebbe essere, cioè sì, proprio il fatto che pazienti che penso che potrebbero avere dei problemi... li faccio venire tutti i giovedì in cui comunque seduto qua di fianco a me c'è anche lo psicologo... il quale riesce magari a fare due domande più specifiche e a capire se il paziente... e quindi poi magari a proporre al paziente un percorso differente. L'esperienza appunto dello psicologo che viene nel mio studio e fa dei colloqui con dei pazienti che bene o male sono selezionati da me... perché poi appunto la locandina fuori appesa c'era ma nessuno ha telefonato autonomamente al dottore, non so perché comunque anche lì, non sono stati poi così tanti quelli che hanno, cioè, magari han detto "Sì, sì, sì" e poi non hanno telefonato

Esperienza di 3 colloqui co-condotti con pz selezionati dal MMG

- ▶ **adolescente** che richiedeva spesso dieta per dimagrire, ‘... pur non avendone un gran bisogno...’
- ▶ **donna affaticata** per il carico psicofisico legato ad una **malattia degenerativa** del coniuge
- ▶ **donna in difficoltà** nell’accudire il marito malato terminale

De-costruire vincoli e promuovere possibilità

- ▶ **Riconoscimento del bisogno ma non dell'efficacia dell'intervento psicologico:** aspetti formativi, culturali, giuridici.
 - ▶ **Il ruolo dello psicologo** nel promuovere una corretta immagine della propria professione.
 - ▶ **Dal modello diagnosi-cura all'attivazione delle risorse e delle possibilità del paziente:** importanza del momento e della finalità della consultazione psicologica.
 - ▶ **Il MMG come risorsa e mediazione** tra paziente e psicologo.
- 

Limiti della ricerca

- ▶ **Auto-selezione** del campione finale di MMG
 - ▶ Maggior riferimento a concetti e interventi riferiti al **dominio della malattia vs salute**
 - ▶ Mancato approfondimento di **aspetti demografici/professionali dei MMG** che condizionano rappresentazioni e prassi clinica in riferimento ad aspetti psico-sociali.
 - ▶ **L'altra faccia della medaglia:** come lo psicologo vede il MMG
- 

*‘... Il corpo di cui parla il **paziente** è abitato dai **movimenti** e dalle **immagini** della sua vita quotidiana e dalle sue relazioni con gli altri ...*

*Il **medico**, da parte sua, è legato ad un **corpo astratto**, impregnato di una biologia di cui si sforza di reperire le **anomalie**.*

*La pratica medica si dispiega in questa differenza che favorisce **fraintendimenti**, in questa frattura tra **due discorsi di uguale legittimità, ma di diverso livello ...**”.*

Le Breton, 1995