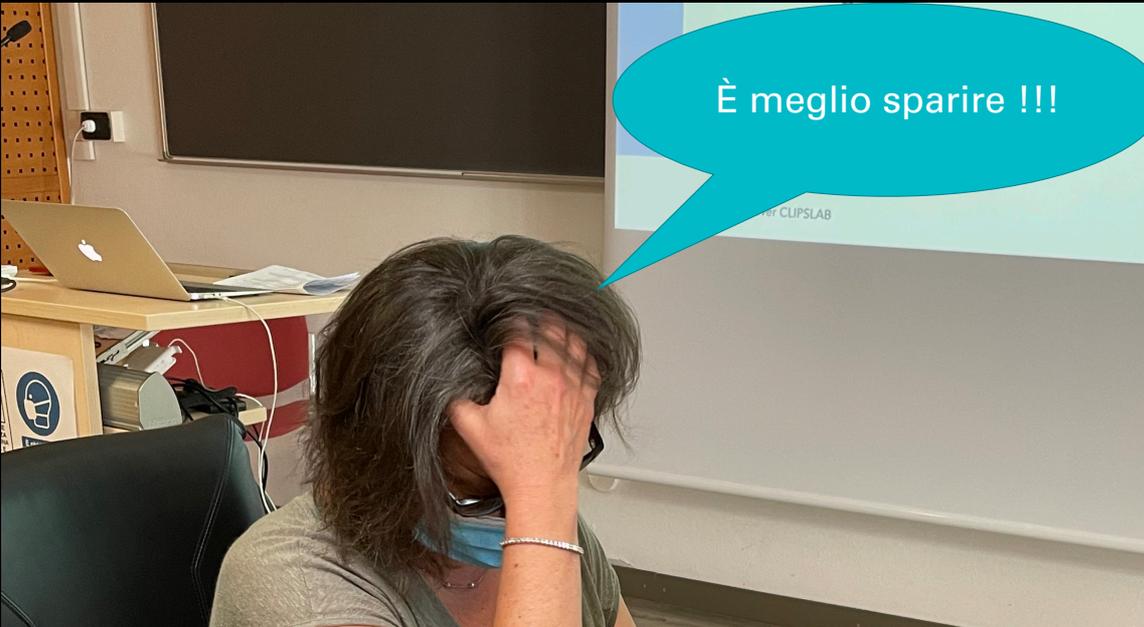




# *Buosa Donati*

va dal dott. Manuel

1



2



*...il farmaco  
non può essere  
l'unica risposta*

...

---

3

*Coinvolgiamo la figlia*

→La chiamerebbe lei?

→La chiamerò io

4

# *Cambio terapia*

LORAZEPAM 1 MG

5



6

## LA VOCE DELLA PAZIENTE ...

---

- ACCOGLIENTE
- NON INVADENTE
- HA CAPITO QUANTO STESSI MALE
- MI SPAVENTAVA COINVOLGERE TUTTA LA FAMIGLIA, SOPRATTUTTO IL MARITO
- L'UNICA COINVOLGIBILE LA FIGLIA
- GRANDE AIUTO IL FATTO CHE LUI AVREBBE CHIAMATO LA FIGLIA
- SPERO TANTO CHE I FARMACI MI AIUTINO ... SARA' DURA ARRIVARE A VENERDI
- MI SAREI RIVOLTA ANCORA A LUI
- IL NON DETTO «IL SUICIDIO» ERA MOLTO PRESENTE



7

## Il medico

---



- NON HO DETTO LA PAROLA SUICIDIO, ASPETTAVO CHE FOSSE LEI A DIRLO, ANCHE SE LE HO FATTO CAPIRE CHE HO COMPRESO
- STRATEGIA: COINVOLGERE I FAMILIARI (LA FIGLIA) ED EVENTUALMENTE PREPARARE UN INVIO ALLO PSICOLOGO
- LA TERAPIA ANTIDEPRESSIVA DAL SECONDO INCONTRO IN POI

8

## CONTRIBUTO DELL'AULA

SI POTEVA CHIEDERE COSA LA PAZIENTE SPERAVA DI OTTENERE:  
PER SAPER RISPONDERE MEGLIO IO E AIUTARE LEI A CHIARIRE

BENE DARE UN APPUNTAMENTO

MI FA PAURA ... POSSO STARE TRANQUILLA? O SI SUICIDERA'

NON E' STATA INDAGATA LA INTENZIONALITA' SUICIDARIA E IL  
PROGETTO (COME FARE?)

DIRE E NON DIRE

PERCHE' IL SUICIDIO E' CONSIDERATA UNA COSA NEGATIVA?

CI SONO PAZIENTI CHE POTREBBERO «FINGERE» LE INTENZIONI DI  
SUICIDIO

SE UN PAZIENTE LO ESPLICITA POTREBBE NON FARLO SUBITO ...

LA PAZIENTE SAREBBE ANDATA IN URGENZA AL CSM?  
PROBABILMENTE SI ...CON DIRETTIVITA'

9

## CONTRIBUTO DELL'AULA

IL PROBLEMA PSICHIATRICO E'  
COME QUELLO ORGANICO:  
INDAGARE SUL MARGINE DI  
AZIONE E SUL GRADO DI  
GRAVITA' PER CAPIRE QUANTO  
TEMPO C'E' PER AGIRE

NON FIDIAMOCI TROPPO DI  
QUELLO CHE TRAPELA E DI  
QUELLO CHE INTERPRETIAMO ...  
CHIEDIAMO CHIARIMENTI

IL CSM E' UN AMBIENTE  
DIFFICILE IL MEDICO DI MG DEVE  
FARE DA MEDIATORE

DARE SUBITO  
ANTIDEPRESSIVO?

SUICIDIO, ANSIA ISOLATA,  
DEPRESSIONE ISOLATA:  
OCCUPARSI DEL PAZIENTE E  
DELLA FAMIGLIA POTREBBE  
ESSERE PERICOLOSO, IL MMG  
NON E' UNO PSICOTERAPEUTA!  
ATTENZIONE AL CONFINE DI  
RUOLO

COLLOCARE IL PROBLEMA NEL  
TEMPO FA LA DIFFERENZA

10

## *Oggi ho imparato che*

- È importante per i sanitari non portarsi i problemi dei pazienti a casa, pur cercando di essere sempre empatici durante le visite. Inoltre è utile sapere i limiti e confini del ruolo ricoperto
- Si può essere diretti con il paziente affrontando il problema suicidio chiamandolo per nome
- Non bisogna avere timore di investigare approfonditamente gli eventuali intenti suicidari. Importante coinvolgere la famiglia se possibile
- L'idea di suicidio spaventa. Necessario capire i propri limiti e trovare soluzioni per imparare ad affrontare questa eventualità
- Anche nel suicidio bisogna restare medici e cercare di fare il massimo, compatibilmente con il nostro sentire/capacità
- Chiedere al paziente se ha intenzioni suicidarie non è sbagliato. Riconoscere i miei limiti come professionista sanitario
- Nonostante la discussione sia pesante o l'argomento sia delicato è importante mantenere una certa struttura – es non dimenticare collocazioni temporali

11

## *Oggi ho imparato che*

- È importante dialogare la volontà di suicidio
- Non sottovalutare il tema del suicidio nel paziente che viene a colloquio per esternare il disagio depressivo
- Veramente interessante il dibattito e gli spunti di riflessione scaturiti sull'argomento
- L'importanza delle parole e il loro peso
- Esistono più spunti per approcciare una patologia del genere e a temerla meno
- Le simulazioni sono molto utili, spero proseguano nei corsi dei prossimi anni
- Il confronto è prezioso per arricchire la pratica clinica, si scoprono sempre nuovi spunti di riflessione
- Psichiatria ≠ psicanalisi
- 4 bianche

12