

CORSO DI PSICOLOGIA CLINICA A.A. 2012/2013
L'APPROCCIO BIOPSIKOSOCIALE NELLA PRATICA CLINICA

PROGRAMMA E ALLEGATI

Prof.ssa Christa Zimmermann; Prof.ssa Lidia del Piccolo; Dr.ssa Claudia Goss;
Dr.ssa Michela Rimondini
Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
Sezione di Psicologia Clinica, Università di Verona

Obiettivi del Corso

1. Acquisire le conoscenze funzionali alla conduzione dell'intervista medica e all'instaurarsi di un buon rapporto con il paziente
2. Sviluppare le competenze necessarie (interview skills) per identificare tutti i problemi rilevanti del paziente in modo accurato ed efficace
3. Aumentare le competenze interpersonali funzionali alla creazione di una relazione di fiducia e di collaborazione con il paziente

Orario di ricevimento

Prof. Zimmermann: Martedì, ore 16.30-17.30

e-mail: christa.zimmermann@univr.it

Prof. Del Piccolo: Lunedì, ore 14.00- 15.00

e-mail: lidia.delpiccolo@univr.it

Dr.ssa Goss: Martedì, ore 16.00-17.00

e-mail: claudia.goss@univr.it

Dr.ssa Rimondini Martedì ore 11.00-13.00

e-mail: michela.rimondini@univr.it

Tel. 045 8124441

OBIETTIVI DEL CORSO

1. Acquisire le conoscenze funzionali alla conduzione dell'intervista medica e all'instaurarsi di un'alleanza terapeutica con il paziente

- 1.1 La rilevanza del rapporto medico-paziente per il decorso, la cura e l'esito della malattia
- 1.2. Le funzioni dell'intervista medica
- 1.3 La struttura di un colloquio con il paziente
- 1.4 I *cue* verbali e non verbali attraverso i quali il paziente segnala delle emozioni e/o nuovi argomenti non ancora o non sufficientemente considerati dal medico (l'agenda del paziente)
- 1.5 Le barriere comunicative
- 1.6 La tipologia e le funzioni delle domande da usare durante l'intervista medica
- 1.7 Le interazioni tra fattori biologici, psicologici e sociali nella storia della malattia del paziente
- 1.8 La prevalenza del disagio emotivo e dei problemi psicosociali tra i pazienti
- 1.8 Le possibili reazioni emotive dei pazienti alla malattia e al ricovero e come vanno accertate nel singolo caso
- 1.9 Mantenere una buona comunicazione con il paziente e con i suoi familiari in situazioni difficili (paziente aggressivo, non collaborante; familiari interferenti)
- 1.10 I criteri per identificare i pazienti a rischio di un cattivo adattamento alla malattia

2. Sviluppare le abilità necessarie (interview skills) per identificare tutti i problemi rilevanti dei pazienti in modo accurato ed efficace

2.1 Usare tecniche comunicative "centrate sul paziente" per:

- Ascoltare i pazienti senza preconcetti o ipotesi preformate
- Facilitare la comunicazione mediante comportamenti verbali e non verbali
- Arginare e riportare sul tema dell'intervista i pazienti che divagano
- Esplorare il contesto psicosociale della malattia
- Indagare il punto di vista dei pazienti (l'agenda del paziente)

2.3 Valutare e considerare l'impatto emotivo e sociale della malattia sulla qualità di vita dei pazienti

2.4 Identificare le risorse personali e sociali dei pazienti

2.5 Evitare comportamenti verbali e non verbali che compromettano l'obiettività, l'accuratezza e la completezza dell'intervista medica

2.6 Identificare gli ostacoli e le barriere comunicative

3. Aumentare le competenze interpersonali funzionali alla creazione di una relazione di fiducia e di collaborazione con il paziente

3.1 Usare tecniche comunicative centrate sul paziente per:

- "Introdurre" e "concludere" il colloquio con i pazienti
- Riconoscere le emozioni dei pazienti e rispondere in modo adeguato alle emozioni segnalate e/o espresse in forma verbale o non verbale
- Evitare comportamenti non verbali e verbali che compromettono il rapporto con i pazienti

OBBLIGHI

1. Stampare questo programma con gli allegati e portarlo alle 4 lezioni interattive
2. Partecipare alle quattro lezioni interattive a piccoli gruppi per un totale di 16 ore.
3. Partecipare attivamente e collaborare nel gruppo (svolgimento puntuale e corretto dei compiti assegnati).

ASSENZE

In caso di (eccezionali!) assenze negli incontri a piccoli gruppi (didattica interattiva) è necessario prendere contatto con i docenti per concordare il recupero dell'incontro perso.

VALUTAZIONE

Didattica interattiva: La partecipazione ai quattro incontri e lo svolgimento puntuale e preciso dei compiti sono la premessa per poter essere ammessi all'esame di profitto.

Esame di profitto scritto (appello): Si svolge in forma di quiz con domande aperte e multiple. Le domande si riferiscono ai contenuti delle lezioni frontali e interattive di Psicologia Clinica e della letteratura consigliata.

LISTA DEGLI ALLEGATI

1. Le lezioni interattive a piccoli gruppi
2. Le lezioni di Psicologia Clinica
3. Letture consigliate
4. L'approccio biomedico e l'approccio integrato biopsicosociale all'intervista medica
5. L'agenda del paziente e l'agenda del medico
6. La struttura e il contenuto di una intervista medica completa
7. Domande aperte per ottenere l'agenda del paziente
8. Le funzioni dell'intervista medica
9. Elenco delle tecniche comunicative "centrate sul paziente"
10. Le "trappole" comunicative da evitare.
11. Linee guida per la formulazione di risposte centrate sulle emozioni
12. *Flow chart* per la formulazione di interventi centrati sul paziente per facilitare l'espressione di emozioni e per gestire le emozioni espresse.
13. Il *process model of stress and coping* come cornice di riferimento teorico scientifico per la pratica medica.
14. Il *process model of stress and coping* come cornice di riferimento per l'approccio biopsicosociale nella pratica clinica.
15. Come prendere appunti durante un'intervista medica
16. L'intervista centrato sul paziente. Obiettivi
17. Come aprire e chiudere l'intervista
18. Le strategie di coping
19. Simulazione (tra studenti) di un'intervista con un paziente ricoverato
20. Modulo per l'intervista con un paziente ricoverato
21. Esercizio domande aperte



“Si proprio una bella anamnesi, giovanotto. Credo che lei abbia le carte in regola per diventare un buon naziente”

Allegato 1

Lezioni interattive a piccoli gruppi

Primo incontro

Tecniche di colloquio con il paziente I: Come ottenere l'agenda del paziente e strutturare il colloquio

Lo stile di intervista del medico condiziona la qualità e la quantità delle informazioni fornite dal paziente

1. Analisi di interviste mediche centrate sul paziente e centrate sul medico e identificazione delle tecniche comunicative utilizzando l'elenco dell'Allegato 9 e la lista delle trappole (All. 10):
2. Esercizio: la formulazione di domande aperte (All. 21)

Lecture suggerite

Smith (1997): Cap. 1, 2 e 3

Maguire & Pitceathly (2002)

Compiti per il prossimo incontro

1. La formulazione di domande aperte (All. 21)
2. Conoscere le definizioni delle tecniche "centrate sul paziente" e il loro utilizzo appropriato (All. 9, 11, 12, 13, 14).

Secondo incontro

Tecniche di colloquio con il paziente II: come rispondere alle emozioni espresse o segnalate dal paziente

La capacità del medico di rispondere in modo appropriato alle emozioni del paziente aumenta la soddisfazione del paziente e la sua adesione al programma terapeutico.

1. Identificare risposte più o meno efficaci utilizzando una serie di scambi verbali tra paziente e medico in situazioni ospedaliere ed ambulatoriali
2. Valutare l'effetto delle risposte del medico sul paziente
3. Formulare risposte che facilitino il paziente ad esprimere le sue emozioni e che facciano sentire il paziente compreso e sostenuto
4. Conoscere le varie tecniche "centrate sulle emozioni"

Compiti per il terzo incontro:

1. Formulare delle risposte che permettono di aprire o gestire l'agenda emotiva, quando i pazienti segnalano la presenza di emozioni negative, come riportate in cinque esempi (Suggerimenti in All. 11 e 12)

Terzo incontro

L'analisi di trascritti di colloqui clinici e valutazione di efficacia.

Lavoro in piccoli gruppi

Compiti:

1. Analizzare alcuni contenuti proposti dal paziente durante il colloquio :
 - Riconoscere i “cue”, le preoccupazioni e le espressioni esplicite di contenuto emotivo (concern)
 - Identificare i bisogni informativi
2. Analizzare i comportamenti del medico .
 - Come raccoglie le informazioni dal paziente
 - Come risponde ai “cue” e alle preoccupazioni espresse dal paziente
 - Come risponde ai bisogni informativi espressi dal paziente
 - In che misura riesce a coinvolgere il paziente nel colloquio
3. Valutazione della collaborazione tra paziente e medico.

Compiti per il 4° incontro

1. Prepararsi per il *role-play*, imparando il copione assegnato
2. Esercitarsi nella conduzione del *role play* (All. 16, 19, 20)

Lecture suggerite

Smith 1997: Cap. 3 e 7

"Le trappole" (All. 10)

Gask & Usherwood (2002)

Maguire 2000; Capitolo 6: The difficult patient

Quarto incontro

L'intervista centrata sul paziente

Lavoro in piccoli gruppi

Role play:

Ogni studente, recitando il proprio copione, si fa intervistare da un altro studente che svolge il ruolo del medico. Assistono e osservano altri due o tre studenti: lo studente coordinatore del gruppo e uno o due studenti osservatori. A turno ogni studente assume uno dei ruoli (“medico”, “paziente”, coordinatore e osservatore).

Allegato 2

Le lezioni di Psicologia Clinica A.A. 2012/13

6, 13, 20 marzo, 3, 10 e 17 aprile, 15 e 22 maggio 2013
(Ore 10.15 -11.45)

AULA C- ISTITUTI BIOLOGICI

Introduzione al corso

L'importanza dei fattori non-verbali nella relazione medico-paziente

Il modello biopsicosociale delle malattie

L'intervista medica "integrata" e l'approccio centrato sul paziente

L'agenda del paziente e l'agenda del medico. Le tecniche comunicative: indagine aperta- indagine chiusa.

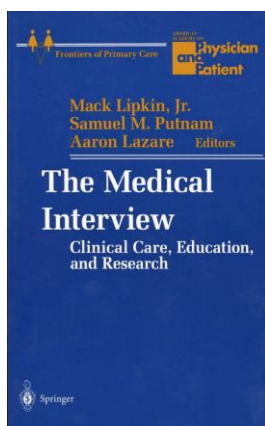
Il contesto psicosociale dei sintomi: il disagio emotivo, gli eventi stressanti, i problemi sociali

L'applicazione del modello biopsicosociale nella pratica clinica: il "*Process Model of Stress and Coping*"

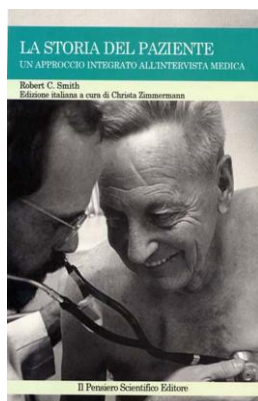
Consapevolezza e gestione delle proprie emozioni nella relazione con il paziente e con i colleghi; il fenomeno del "*burn out*"

Allegato 3

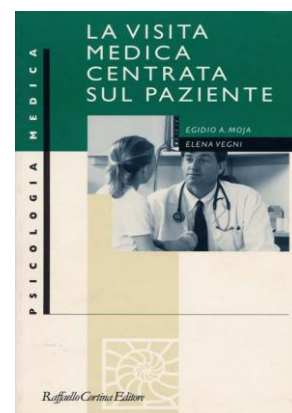
LETTURE CONSIGLIATE*



1995



1996 (ed. ital 1997)



2003

Capitoli da libri:

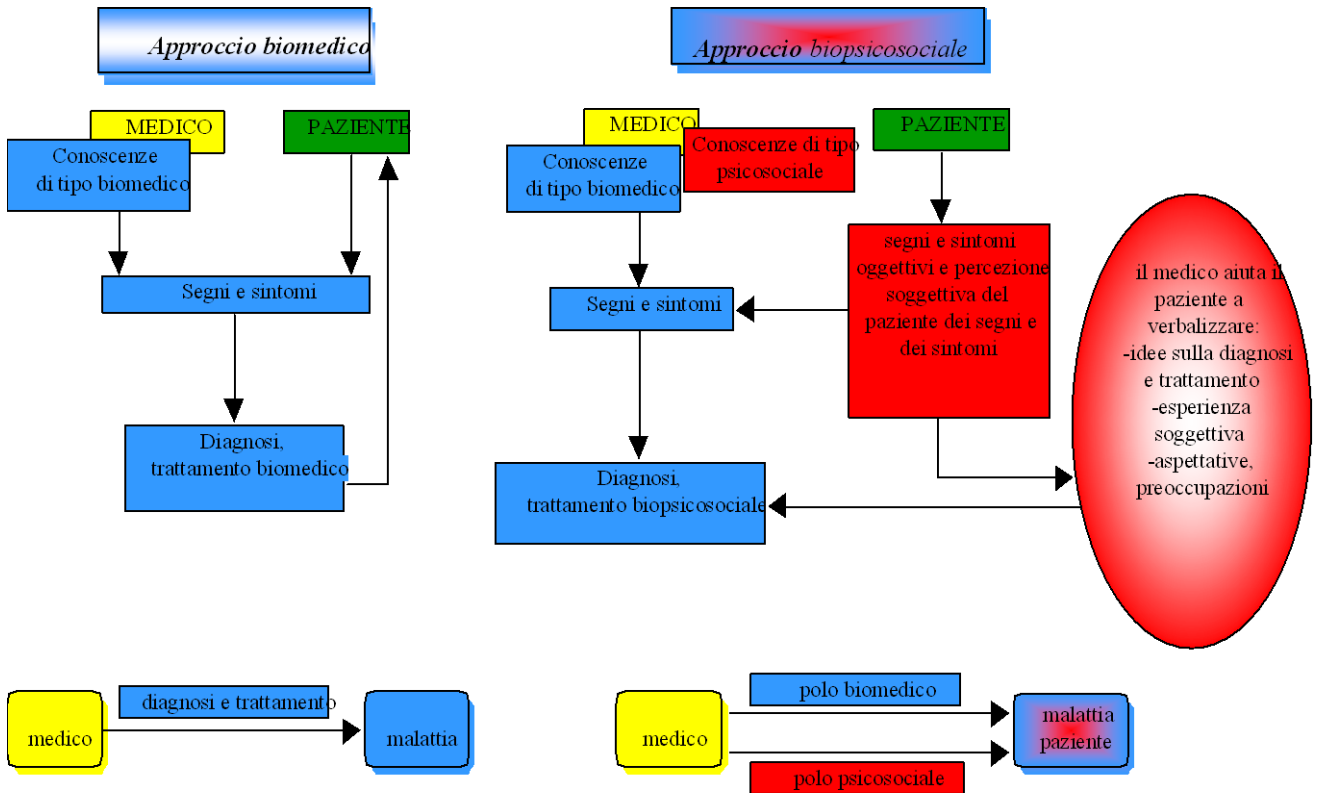
1. Smith R.C. (1997) *La Storia del Paziente. Un Approccio Integrato all'Intervista Medica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
Capitolo 1: Intervistare il paziente
Capitolo 2: Tecniche facilitanti
Capitolo 3: Il processo centrato sul paziente*
Capitolo 7: La relazione medico-paziente
2. Maguire P. (2000) *Communication Skills for Doctors*. Arnold, London.
Capitolo 4: Giving information*
Capitolo 5: Interviewing key relatives*

Articoli:

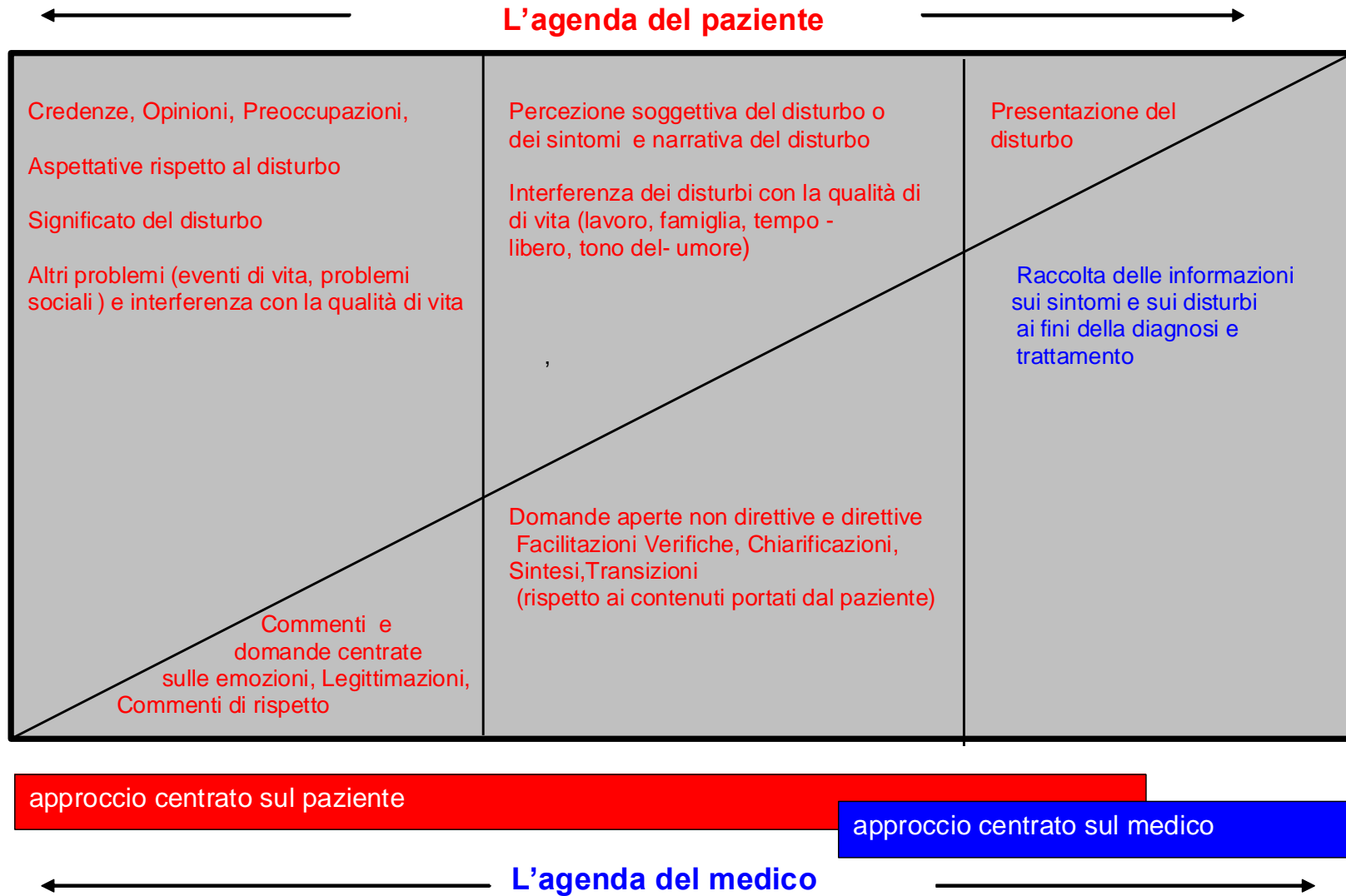
1. Maguire P. & Pitceathly (2002). Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325, 697-700.
2. Hull M. (2007). Getting the whole story. Building a rapport with patients *The Foundation years* 3, 103- 106.
3. Riley G. (2004). Understanding the stresses and strains of being a doctor. *MJA*, 181, 350-353.
4. Robinson R., Beasley R.& Aldington S. (2006) From medical student to junior doctor: The difficult patient?. *Student BMJ*, 14, 265-308.
5. Gask L. & Usherwood T. (2002) The consultation. *BMJ* 324, 1567-1569.
6. A. Finset and L. Del Piccolo. (2011) Nonverbal Communication in Clinical Contexts. In (a cura di M. Rimondini) *Communication in Cognitive Behavioral Therapy*, Springer Science Business Media, Llc, pp.107-128.

*Fotocopie degli articoli suggeriti vengono fornite ad ogni gruppo nel primo incontro di didattica interattiva a piccoli gruppi. I libri indicati possano essere consultati nella biblioteca di Psicosomatica e Psicologia Clinica, previo accordo con Dr. Fianco.

Allegato 4



Allegato 5



Allegato 6

LA STRUTTURA DELL'INTERVISTA MEDICA

1. Introduzione

Il medico:

- saluta il paziente, si presenta e qualifica il proprio ruolo professionale
- fa in modo che il paziente si senta a proprio agio
- raccoglie alcuni dati di base (età, indirizzo, numero di telefono)

2. Raccolta dei sintomi dell'attuale malattia(e)

Il medico:

- chiede il motivo della visita*
- invita il paziente a descrivere tutti i sintomi dell'attuale malattia
- controlla la completezza della lista dei sintomi e stabilisce con il paziente le priorità

Ascoltare le esposizioni spontanee del paziente sulla vita attuale, gli eventi, la famiglia, il lavoro, le malattie e la storia personale e sociale.

Cogliere i segnali verbali e non verbali di emozioni e facilitare la loro espressione.

3. Significato personale dei sintomi attuali

Il medico indaga:

- la teoria del paziente sul disturbo principale
- le aspettative del paziente
- l'interferenza dei sintomi con la qualità della vita del paziente
- il trattamento dei sintomi prima della consultazione
- il "perché adesso" della consultazione *

4. Storia della malattia attuale

Il medico esamina per ogni sintomo dell'attuale malattia i seguenti aspetti:

- localizzazione
- qualità
- gravità
- esordio
- contesto
- fattori che fanno peggiorare o migliorare i sintomi
- fattori associati

5. Malattie del passato

6. Patologie presenti in famiglia

7. Profilo personale e sociale

Il medico completa le informazioni finora ottenute sullo stile di vita, la situazione lavorativa e familiare, stress e rete di supporto.

8. Revisione degli apparati

9. Esame obiettivo

10. Conclusione

Il medico:

- effettua una rassegna sistematica dei vari punti emersi
- chiede se il paziente desidera porre delle domande e/o aggiungere qualcosa
- informa e negozia con il paziente sul da farsi (accertamenti, terapie, ulteriori appuntamenti, consigli)

* riguarda le visite ambulatoriali

Domande aperte per sondare l'agenda del paziente

NB. Si tratta di un elenco di domande utili per indagare le aree indicate, ma solamente quando il paziente non offre spontaneamente queste informazioni. L'ordine delle domande così come la loro scelta dipendono dal flusso comunicativo e dal contenuto delle informazioni del paziente.

Dati sociodemografici

Quanti anni ha? Che lavoro fa? Con chi vive? Dove abita?

Sintomi

Cosa l'ha portata qui oggi? Come mai è venuto da me oggi? Qual è il motivo della sua visita?

Che altri problemi ci sono?

Esordio e decorso dei sintomi

Da quanto tempo sta male? Come è iniziato il problema? Quando è stato male per la prima volta?

Dove si trovava? Con chi era? Cos'è che le dà sollievo? Cos'è che la fa sentire meglio (o peggio)?

Cos'altro è successo in quel periodo?

Interferenza dei sintomi con la qualità di vita,

Cos'è cambiato nella sua vita da quando sta male? Come interferiscono i suoi disturbi con la sua qualità di vita giornaliera? (lavoro, tempo libero, vita sociale, familiare, matrimoniale, tono dell'umore)

Come vive questa situazione? Cosa prova?

Significato personale dei sintomi

Qual è stato (sarà) il problema più difficile per lei da affrontare? Cosa è cambiato per lei da quando si è ammalato? Cosa teme di più della sua attuale malattia?

Trattamento dei sintomi prima della consultazione

Cosa ha fatto per stare meglio? Cosa ha fatto prima di venire da me?

Teoria del paziente sui sintomi

Che malattia crede (credeva) di avere? Perché crede di essersi ammalato? Come se lo spiega?

Cosa ha pensato la prima volta che è stato male? Come mai ha quest'idea?

Aspettative

Cosa la potrebbe aiutare? Cosa vorrebbe che si facesse?

Sintomi del passato

La sua salute in passato com'è stata?

Eventi, problemi sociali, contesto psicosociale

Cos'altro è successo nel periodo in cui ha iniziato a stare male? Quali altri problemi ha dovuto affrontare in questo periodo? Come si svolge una sua giornata "tipo"? Quali situazioni peggiorano i suoi disturbi? Come interferiscono i suoi disturbi con la sua vita di ogni giorno (lavoro; vita sociale, vita familiare, tempo libero, vita relazionale)? Cos'è cambiato da quando ha (Cosa teme possa cambiare con) questi problemi di salute?

Supporto sociale

In famiglia cosa dicono rispetto al suo problema di salute? Come hanno reagito al suo malessere?

Chi le dà una mano in questa situazione (riguardante malattia, terapia, disagio emotivo o altro, se emerso)? Con chi può parlare dei suoi problemi?

Le tre funzioni principali dell'intervista medica

Raccogliere informazioni precise ed accurate per comprendere tutti i problemi di salute e di vita del paziente (la diagnosi corretta viene formulata in più del 50% dei casi sulla base di informazioni fornite dal paziente)

Instaurare un rapporto con il paziente e rispondere in modo corretto alle sue emozioni

Informare e educare il paziente rispetto alla sua malattia e concordare il programma terapeutico



Allegato 9



"Mi ha appena detto che tutte le persone che guarda le sembrano conigli. Può spiegarsi meglio, signora Smith?"

Tipologia delle domande

Domanda (richiesta) aperta (non direttiva)

Facilita la libera espressione del paziente.
Apre l'intervista medica.
Consente l'individuazione delle aree problematiche.
Da usare tutte le volte che il paziente introduce un nuovo argomento.
Segnala al paziente la disponibilità all'ascolto da parte del medico.

*Cosa posso fare per lei?
Qual è il motivo della sua visita?*

*E poi?...
Mi dica di più di questo mal di testa
Cosa è successo?*

Domanda aperta (direttiva)

Usata per indagare aree specifiche.
Consente la chiarificazione di dettagli e scoraggia un'elaborazione irrilevante da parte del paziente.
Più efficace se non interrompe la fluidità dell'intervista

*Come vanno le cose da quando ha iniziato la cura?
Quando è iniziato il disturbo?
In quali condizioni peggiora la tosse?
Cosa ha provato quando...*

Domanda chiusa

Richiede una risposta breve (sì/no) o una scelta forzata tra due alternative.
E' usata dopo la "narrativa" del paziente per completarla con dettagli che il paziente può aver omesso.
Consente di testare ipotesi specifiche.
Da usare durante la revisione degli apparati e l'esame obiettivo.
Da usare in situazioni d'emergenza (es. Pronto Soccorso).
Limita la partecipazione del paziente all'intervista.
Inibisce il flusso informativo da parte del paziente.

*Ha dormito questa notte?
Ha dolori dopo o prima dei pasti?*

Ha sentito dolori nel braccio sinistro?

E' allergica a qualche farmaco?

Chiarificazione

Viene usata quando il paziente ha scelto una parola con significato ambiguo, confuso o vago. E' usata anche per conoscere il significato che il paziente attribuisce all'espressione scelta.

Cosa intende per "esausto"?

Può spiegarsi meglio?

Verifica

Usata per controllare l'accuratezza dell'informazione ottenuta.
Da usare quando l'intervistatore è confuso o incerto.
Indispensabile quando sono presenti dei dubbi.
Rassicura il paziente che percepisce l'interesse del medico nei suoi confronti.
Consente al paziente di correggere eventuali errori di comprensione da parte del medico.

*Vorrei fermarmi un attimo per essere sicuro di aver capito.
Il suo mal di testa peggiora gradualmente durante la giornata e poi di notte non riesce più a dormire?*



*"È straordinario, signor Volmer."
I suoi vestiti sembrano quelli di un ragazzo di vent'anni!"*

Tipologia dei commenti

Facilitazione

Incoraggia il paziente a dire di più o a continuare la sua storia. Fa emergere fin dall'inizio tutti i problemi e preoccupazioni del paziente.

Continui pure....

Ah....

Sì....., mi dica.

Commento riflessivo

Ripete parte di ciò che il paziente ha detto. Pone l'accento su una frase o una parola detta ed aiuta il paziente a continuare il discorso in quella direzione
Risposta del medico ad un segnale non verbale

Paziente:....da quando prendo queste pillole per tre volte al giorno ho una nausea tremenda

Medico: Una nausea tremenda.... O:

L'ho visto triste quando ha parlato di suo padre

Commento empatico

Identifica le emozioni del paziente e l'evento associato, formulandole come ipotesi.
La risposta empatica comunica al paziente che il medico ha colto, compreso ed accettato la situazione emotiva del paziente. Sentendosi accettato il paziente può affrontare le sue emozioni apertamente e quindi in modo più efficace.

Sembra che la prospettiva dell'intervento la preoccupa un po'

Deve essere molto difficile tollerare una situazione che al momento non offre soluzioni efficaci.

Legittimazione

Il medico comunica che le emozioni del paziente sono giustificabili o comprensibili dal punto di vista del paziente.

*E' comprensibile che questa attesa l'abbia fatta perdere la pazienza.
Questa lunga attesa avrebbe irritato chiunque.*

Commento di rispetto

Serve per mettere a fuoco le risorse e le capacità del paziente e lo incoraggia ad affrontare situazioni difficili.

Nonostante i dolori non si è dato per vinto e ha continuato a lavorare

Transizione

Avverte il paziente che il medico sta per cambiare area di indagine. Facilita il paziente a seguire il filo logico all'intervista ed aumenta la sua collaborazione.

Adesso le vorrei fare alcune domande che riguardano il funzionamento del suo intestino

Sintesi

E' la ricapitolazione da parte del medico dei problemi del paziente.
Dà al paziente la possibilità di confermare, correggere o aggiungere informazioni dell'intervista all'altra.
Consente di riportare il paziente che parla troppo all'argomento principale.
Aiuta il medico a memorizzare le informazioni ottenute

Allora...lei mi ha detto che soffre di dolori addominali da una settimana e che non ha più potuto andare al lavoro. Non ha potuto consegnare la merce ed è ora molto preoccupato anche per le ripercussioni economiche..

Allegato 10

☛ "Trappole" da evitare

Utilizzare solo domande chiuse	<i>Ha dormito questa notte? Sta meglio?</i>
Fare domande multiple	<i>Ha mangiato più del solito o ha preso freddo o è allergico ad alcuni alimenti?</i>
Minimizzare e banalizzare le preoccupazioni del paziente	<i>Cosa vuole che sia una gastroscopia. Viene da me solo per questo piccolo disturbo!</i>
Mancanza di sensibilità verso le emozioni espresse	<i>Non c'è motivo di piangere!</i>
Manifestare ostilità o colpevolizzare	<i>Se avesse seguito i miei consigli non si troverebbe adesso in questa situazione Sia breve.. Non ho molto tempo da perdere!</i>
Esprimere giudizi	<i>Non dovrebbe lasciarsi andare così.</i>
Dare consigli senza approfondire	<i>Perché non va in palestra per perdere qualche chilo?</i>
Dare consigli (su sollecitazione del paziente rispetto a problematiche psicosociali (il medico dovrebbe invece astenersi e rispondere: "Non saprei proprio..., Lei a che cosa ha pensato?")	<i>Paziente: Cosa farebbe lei al mio posto? Medico: Perché non si cerca un lavoro!</i>
Rassicurare prematuramente e in modo superficiale	<i>Stia tranquillo e non si preoccupi!</i>
Interrompere il paziente	
Essere autoritari	<i>So io cosa devo fare!</i>
Usare un gergo professionale	
Cambiare tema bruscamente	<i>Paziente: Ieri ho avuto dei forti dolori di stomaco. Medico: ho capito... quante sigarette fuma al giorno?</i>
Cambiare discorso quando il paziente dice qualcosa di imbarazzante, invece usare un commento riflessivo ("gay..") o chiedere "come mai mi fa questa domanda?"	<i>Paziente:...e così ho saputo che mio figlio è gay! Medico: ho capito.. da quanti giorni ha mal di stomaco? Paziente: " Cosa pensa del medico che mi ha visto prima?"</i>
Parlare troppo	
Dire "ho capito" senza aver capito o senza specificare cosa si è capito	
Prestare attenzione al primo problema riferito dal paziente senza verificare l'eventuale presenza di qualche altro problema (completare la lista dei sintomi: Che altri problemi ci sono?)	
Fare domande tendenziose	<i>Non beve, vero? In famiglia va tutto bene? Ha sentito molto dolore?</i>
Trarre conclusioni o fare supposizioni sulle emozioni o preoccupazioni del paziente senza aver fatto con lui/lei delle verifiche	

Allegato 11

Linee guida per la formulazione di interventi centrati sulle emozioni segnalate o espresse

Obiettivi

- Facilitare l'espressione verbale delle emozioni da parte del paziente
- Rispondere alle emozioni espresse in modo che il paziente si senta compreso e sostenuto

Come raggiungere tali obiettivi:

1. Considerare sempre se il paziente **segnala** un'emozione o un disagio (*cue*) (riferendosi ad eventi, facendo obiezioni etc), **o se la esprime chiaramente**.

2. **Per le emozioni "segnalate"** (*cue*) tramite riferimento ad eventi potenzialmente stressanti

- *Domande aperte direttive*. Facilitano il paziente a verbalizzare l'emozione (come vive questa situazione? Cos'ha provato quando...?)

- *Commenti empatici*. Da usare solo se il medico è abbastanza sicuro del tipo d'emozione che sta alla base del disagio segnalato, e se crede di conoscere la situazione che provoca il disagio. Un efficace commento empatico richiede che il medico ipotizzi l'emozione del paziente ed espliciti la situazione associata all'emozione ipotizzata. Usare con parsimonia!

- *Commenti di legittimazione*. Si legittima il comportamento segnalato o la frase detta dal paziente. Richiedono che il medico non solo specifichi la situazione, o quello che il paziente fa o dice, ma offra anche la spiegazione del perché il comportamento o la frase detta dal paziente sono giustificabili dal punto di vista del paziente. Da usare con parsimonia!

Commenti riflessivi. Riprendono la frase o la parte della frase che riguarda l'evento o il comportamento potenzialmente stressante o la potenziale emozione.

3. **Per le emozioni espresse** possono essere usate:

- *Domande di chiarificazione* se il termine usato non è del tutto comprensibile

- *Domande aperte direttive che indagano la situazione associata alle emozioni*. Si usano solamente per le emozioni espresse senza riferimento ad una situazione o condizione precisa (Esempi: "sono preoccupato!" O: "Mi preoccupano gli effetti collaterali"; Medico "Cosa la preoccupa in particolare?")

- *Commenti di legittimazione*. Richiedono che il medico, non solo specifichi la situazione che ha causato l'emozione da legittimare, ma offra anche la spiegazione del perché l'emozione è giustificabile dal punto di vista del paziente.

4. Le emozioni "segnalate" sono più frequenti di quelle "espresse"

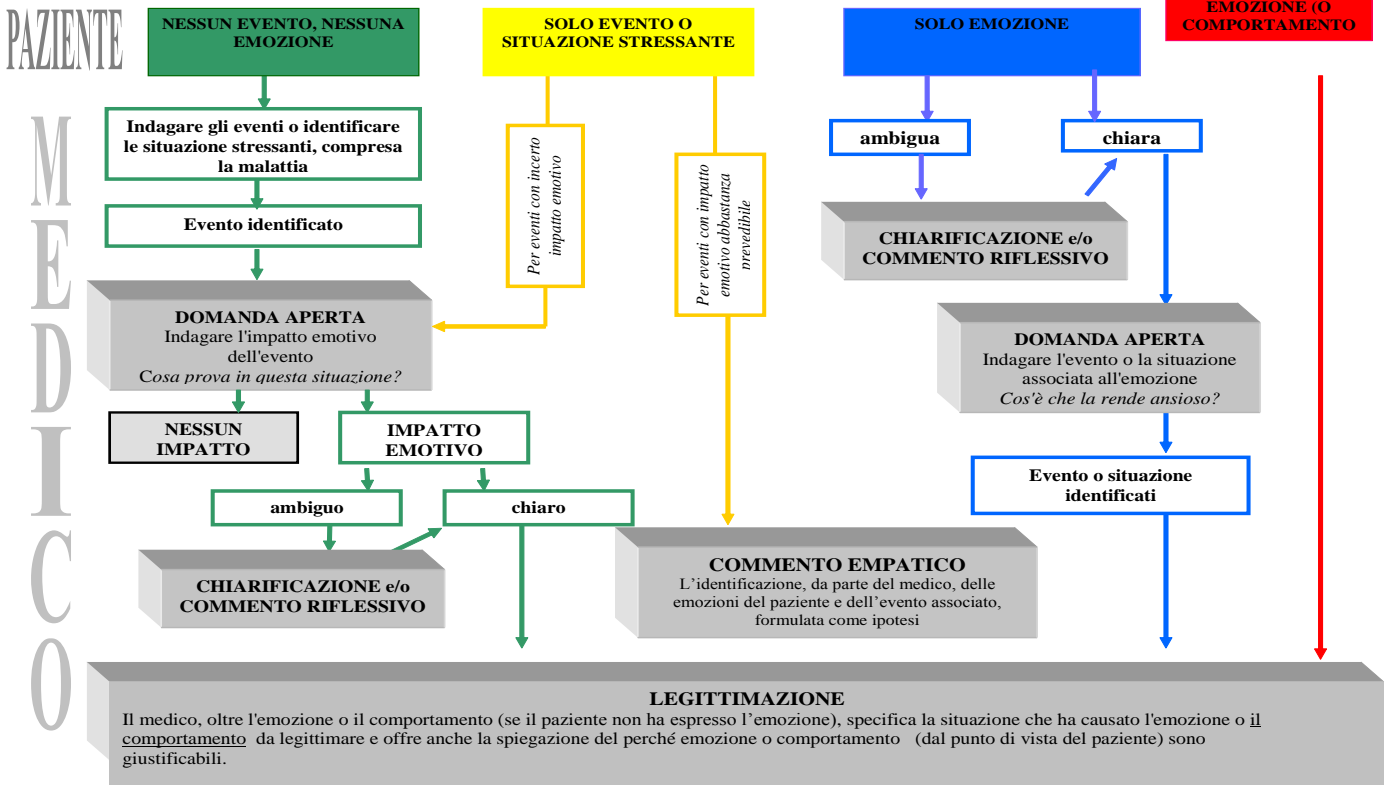
5. Non usare due tecniche insieme (ad esempio commento empatico + domanda aperta) nello stesso intervento.

6. Non aggiungere agli interventi centrati sulle emozioni altri interventi che hanno obiettivi diversi da quelli indicati sopra (ad esempio informare il paziente, rassicurarlo, dare suggerimenti, indagare le teorie del paziente).

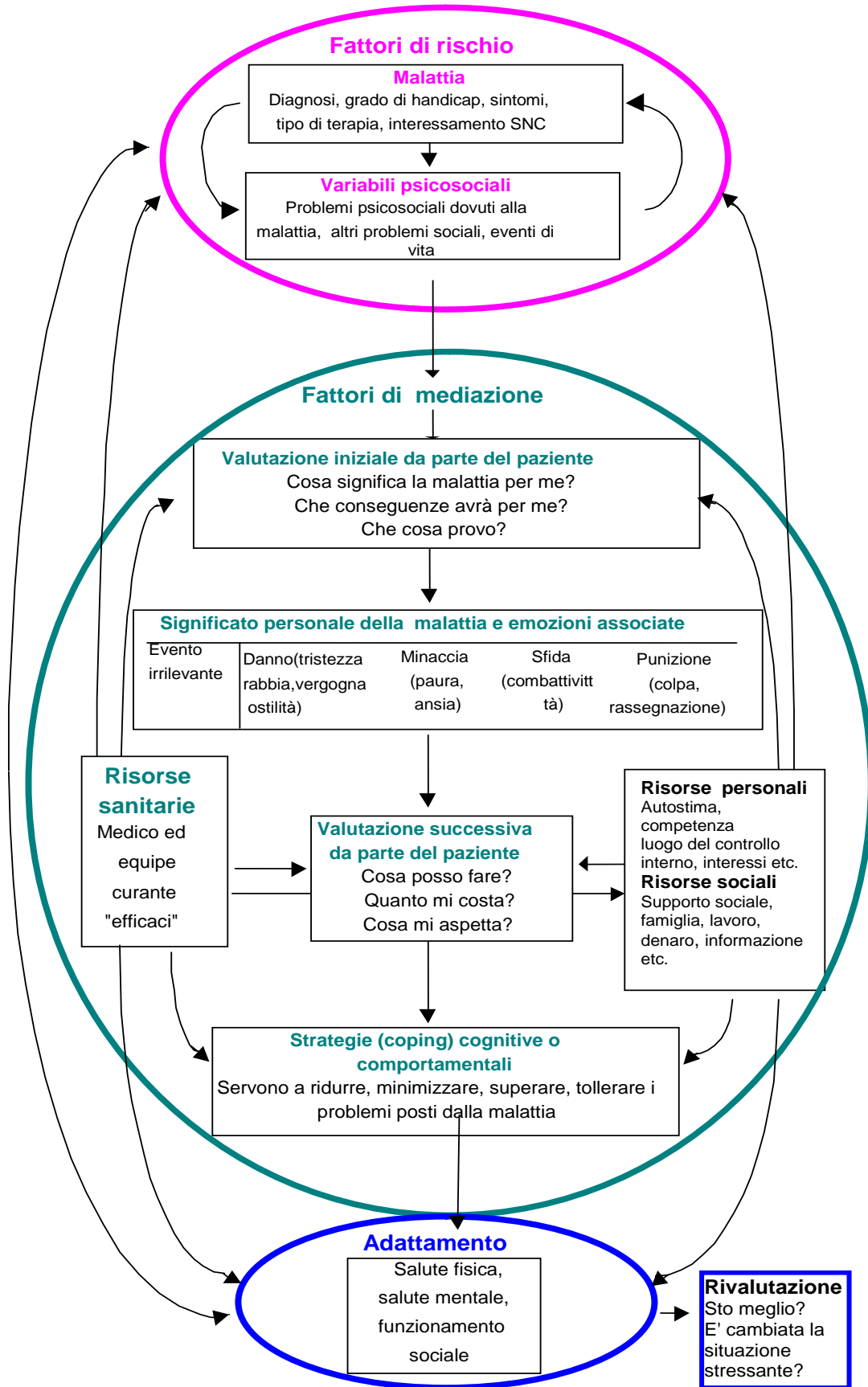
7. Nell'assicurare aiuto, indicare sempre di che tipo di aiuto si tratta e per che cosa sarà fornito (richiede che il paziente abbia chiaramente espresso i suoi bisogni).

8. "Personalizzare" le domande aperte centrate sulle emozioni con una brevissima sintesi della situazione attuale del paziente.

SEQUENZA PER L'APPROCCIO DEL MEDICO ALLE EMOZIONI DEL PAZIENTE ED AGLI EVENTI ASSOCIATI



Il process model of stress and coping



Allegato 14

Il process model of stress and coping come cornice di riferimento per l'approccio biopsicosociale nella pratica clinica.

L'apprendimento pratico delle tecniche d'intervista è molto facilitato se sostenuto da una cornice di riferimento basata su conoscenze ed evidenze scientifiche rilevanti, cornice che guidi il medico nelle sue osservazioni, lo aiuti nel comprendere il loro significato, gli indichi quali informazioni fornite dal paziente sono da approfondire e quali no, e che gli suggerisca la direzione degli interventi successivi. La comprensione dei meccanismi attraverso cui gli eventi di vita, i problemi sociali, le caratteristiche della malattia, le risorse personali e sociali, le emozioni e le convinzioni contribuiscono, singolarmente, o nella loro globalità alla salute fisica e mentale del paziente, aiuta a dirigere l'attenzione del medico ai segnali verbali e non verbali del paziente e da essi alle informazioni psicosociali che emergono.

Il modello abbozzato nell'Allegato 13 presenta, in forma grafica, una versione del "*process model of stress and coping*" di Folkman e Lazarus, modello che abbiamo semplificato e modificato in modo da renderlo applicabile al contesto della pratica medica e funzionale all'intervista medica, sia con pazienti ambulatoriali, sia con pazienti ricoverati. Il modello concepisce i sintomi e, in generale, la malattia come un evento o una crisi che come tutti gli eventi o condizioni di vita potenzialmente stressanti (fattori di rischio), devono essere affrontati e risolti. In altre parole, la malattia implica per il paziente una serie di "compiti" che possono essere definiti compiti di "adattamento".

I principali compiti consistono nell'affrontare la malattia, il trattamento e le terapie e nello sviluppare rapporti soddisfacenti col medico o con l'équipe curante. In seguito il paziente dovrà accettare gli eventuali cambiamenti nella sua vita personale provocati dalla malattia e dal trattamento ed infine, durante e dopo il periodo della malattia, dovrà mantenere o ristabilire l'autostima e l'identità personale, dovrà trovare fiducia e speranza e mantenere o ricostruire un ruolo familiare, lavorativo o sociale e rapporti interpersonali gratificanti.

La gravosità dei compiti di adattamento varia con la presenza dei fattori di rischio, come la gravità e le caratteristiche della malattia e del trattamento e le loro implicazioni psicosociali, la eventuale co-presenza di altri eventi o problemi sociali e con la presenza di fattori che mediano gli effetti dei fattori di rischio sull'adattamento finale, aumentandone o riducendone l'impatto. I fattori di mediazione comprendono i significati personali della malattia per il paziente e il tipo di emozioni associate (alcuni possibili significati e il loro impatto emotivo sono indicati nella figura) e le risorse sanitarie, sociali e personali di cui egli dispone.

Le risultanti delle interazioni tra le variabili di malattia ed altri fattori di rischio, il significato personale della malattia e le risorse, sono le strategie che il paziente sceglie per affrontare i compiti imposti dalla malattia. La valutazione che il paziente dà dell'evento malattia (o di altri eventi), in altre parole, il significato personale dell'evento (valutazione iniziale) è un concetto centrale del modello perché determina, insieme con le risorse disponibili, la scelta delle strategie (valutazione successiva). Le strategie possono essere più o meno efficaci e quindi l'adattamento finale, in termini di salute fisica e mentale e di funzionamento sociale, sarà più o meno soddisfacente. Le direzioni delle frecce nel grafico evidenziano come questi fattori di rischio e di mediazione interagiscano nel determinare l'adattamento finale, pur esercitando allo stesso tempo un'influenza indipendente e diretta sull'adattamento.

Il significato personale della malattia o di altri eventi e il modo di affrontare i problemi correlati (*coping*) può cambiare in seguito ai risultati ottenuti e ai cambiamenti avvenuti nelle condizioni di salute, nella vita e nelle disponibilità delle risorse. Sono quindi soprattutto le strategie adoperate che mediano gli effetti della malattia e dei suoi aspetti stressanti sulla salute. Questo meccanismo spiega ad esempio la notevole variabilità inter-individuale nell'esito che, nella pratica clinica, si osserva spesso in pazienti con patologie organiche identiche.

Il medico è una risorsa centrale per il paziente per ottenere il miglior esito possibile della malattia. Incide direttamente e indirettamente a tutti i livelli: biomedico, sociale (conseguenze psicosociali della malattia, risorse sociali), emotivo e cognitivo (valutazione da parte del paziente, significato personale della malattia ed emozioni associate), sulle strategie (di *coping*) e infine sull'adattamento. Affinché il medico possa influire sulla prognosi e sulla qualità di vita del proprio paziente, deve naturalmente essere in possesso delle informazioni rilevanti che riguardano i vari livelli definiti dal modello. La dimestichezza con un approccio centrato sul paziente è un prerequisito indispensabile a questo scopo.

Uno dei molti vantaggi di una cornice di riferimento biopsicosociale basato sul "*process model of stress and coping*" è che essa facilita il medico nel porre domande psicosociali collegandole alle lamentele fisiche ed alla malattia. Domande chiave in questo senso sarebbero ad esempio quelle che esplorano come i sintomi, la malattia o le sue conseguenze abbiano interferito con i vari aspetti della vita del paziente (tono dell'umore, relazioni interpersonali, lavoro, famiglia e tempo libero); cosa il paziente tema di più della sua attuale malattia; quale sia stato il problema più difficile da affrontare da quando si è ammalato e come lo sta affrontando. Un altro vantaggio è che il modello sottolinea come sia importante identificare le emozioni associate a eventi o problemi menzionati dal paziente e, viceversa di identificare gli eventi associati alle emozioni rese manifeste dal paziente. Queste informazioni sono necessarie per distinguere le risposte emotive che possiamo definire normali da quelle patologiche e per impostare un trattamento o intervento, che privilegi un approccio basato sui problemi e sulla loro soluzione. Il concetto di "*coping*" focalizza l'attenzione del medico e del paziente sulle potenziali risorse, aumentando nel paziente il vissuto di controllo sul proprio destino, mentre il concetto di "processo" aiuta a pensare in termini longitudinali ed a valutare il paziente in relazione ai cambiamenti passati, presenti e futuri. Infine, pazienti a rischio di un cattivo adattamento possono essere identificati rintracciando eventi critici ed esplorando le risorse disponibili per poter attuare misure preventive immediate e per ridurre l'impatto di questi fattori di rischio sulla salute del paziente.

Allegato 15

Come prendere appunti durante il processo centrato sul paziente

- Avvertire il paziente che si prenderanno degli appunti
- Annotare le date degli eventi di vita e le date rispetto all'evoluzione del disturbo
- Interrompere l'intervista quando si prendono appunti
- Dire ad alta voce quello che si sta scrivendo
- Mantenere l'attenzione centrata sul paziente; non perdere il contatto visivo



Allegato 16

L'intervista centrata sul "paziente"

Questa intervista è un esercizio d'ASCOLTO. Ogni paziente ha una sua storia che dimostra l'interazione tra le componenti biologiche (malattia), psicologiche e sociali nella sua vita. Lo studente deve imparare ad ottenere questa storia attraverso domande "chiave" (si veda allegato 7), ad ascoltare e a comprendere la storia raccontata dal paziente dal suo punto di vista (vedi Smith, Cap 3).

AREE DI ESPLORAZIONE

1. Breve storia dell'episodio (recente o passato) "malattia" (se si tratta di malattie croniche e/o di ricoveri ripetuti, limitarsi all'ultimo episodio/ricovero).
2. Impatto della malattia sulla qualità di vita del paziente (lavoro, tempo libero, vita sociale, famiglia, coppia, tono dell'umore)
3. Opinioni, idee ed interpretazioni che il paziente aveva o ha fatto (ha o fa) della sua malattia (*health beliefs*) e significato personale della malattia
4. Come ha affrontato o affronta il paziente i problemi psicosociali causati dalla malattia.

OBIETTIVI

1. Farsi raccontare dal "paziente" la storia della sua malattia dal suo punto di vista.
2. Ascoltare il "paziente" senza preconcetti o ipotesi preformate, facilitando la sua libera espressione (domande aperte non direttive, facilitazioni semplici, commenti riflessivi)
3. Ascoltare in modo attivo (sintesi, verifiche, domande di chiarificazione)
4. Mostrare empatia attraverso un linguaggio non verbale.
3. Comprendere il punto di vista del "paziente" (indagare aspettative e teorie sui sintomi, diagnosi, trattamento proposto, significato personale del sintomo/malattia)
4. Fare domande "efficaci" (come formulate sul modulo) da un punto di vista dei contenuti e del rapporto che permettono di ottenere dal paziente, in un minimo di tempo, il massimo delle informazioni richieste per comprendere il significato personale della malattia o del ricovero, l'impatto emotivo, le strategie di "coping" e la qualità dell'adattamento alla malattia e al ricovero.
5. Cogliere i "cue" che suggeriscono la presenza di preoccupazioni o di un disagio emotivo o psicosociale (commenti riflessivi, domande di chiarimento).
7. Quando il "paziente" esprime le sue preoccupazioni sostenere il "paziente" con commenti centrati sulle emozioni)

Come aprire e chiudere l'intervista

"APRIRE" L'INTERVISTA

Privacy	Garantire un minimo di riservatezza
Interruzioni	Evitare le interruzioni: l'ascolto richiede concentrazione
Distanza	90-150 cm
Parità di status	Evitare barriere (scrivania, tavolini, stare in piedi, dislivelli nel contatto visivo)
Presentazione	<i>Buon giorno, Signor Rossi. Sono Sandra Bianchi, studentessa di medicina.</i>
Indicare il motivo del colloquio e il tempo necessario	<i>Vorrei farle alcune domande sulla sua (passata) malattia (disturbi) e di quello che significa per lei. Ci vogliono circa 10 minuti</i>
Assicurarsi che il paziente sia a proprio agio	<i>Prima di fare domande sulla sua malattia vorrei sapere come si sente adesso.</i>
Avvisare il paziente se si prendono appunti (Se si decide di prendere appunti seguire la procedura corretta come specificata nell'allegato 14)	<i>Prenderò nota di alcune cose. Va bene per Lei?</i>

"CHIUDERE" L'INTERVISTA

- Ricapitolare quello che il paziente ha raccontato
- Lasciare al paziente l'ultima parola e/o la possibilità di fare delle domande:
"Vorrebbe aggiungere qualcosa?"
"Ha l'impressione che ci sia qualcosa che magari non ho capito bene?"
"C'è qualcos'altro che vorrebbe dire o chiedere?"
- Ringraziare con calore e salutare.

Alcune strategie di coping*

Scoprire come il paziente “fa fronte” a....

Partendo dalla domanda relativa al significato personale del sintomo (“Secondo lei cos’è stata la cosa più difficile da quando è iniziata la sua malattia?”) si indagano le strategie usate (*coping*) per far fronte alle difficoltà menzionate con una domanda simile a quella seguente

Domanda:

Cosa ha fatto o sta facendo rispetto a questo problema (difficoltà, cambiamento)?

E possibile inquadrare le risposte dei pazienti in una o più delle strategie sotto elencate.

1. Cercare più informazione (approccio razionale, intellettuale)
2. Parlare con gli altri (condividere la preoccupazione, avere interazioni sociali)
3. Tentare di “buttarla sul ridere” (inversione di emozioni)
4. Non pensarci, dimenticare (soppressione, negazione)
5. Distrarsi facendo altre cose, es. aiutare gli altri (spostamento, dissipazione)
6. Prendere dei provvedimenti positivi sulla base della comprensione attuale della malattia (confrontazione)
7. Accettare la malattia, ma cambiare il suo significato in qualcosa di più facile da affrontare da un punto di vista psicologico (ridefinizione)
8. Subire, cedere, arrendersi all’inevitabile (passività, fatalismo)
9. Fare qualcosa o fare tutto in modo noncurante, impulsivo, avventato, incurante del pericolo (*acting out*)
10. Esaminare le alternative possibili
11. Mangiare, bere, prendere droghe (riduzione di tensione)
12. Ritirarsi, andare via, cercare l’isolamento (disimpegno)
13. Accusare o colpevolizzare qualcuno o qualcosa (proiezione, esternalizzazione)
14. Fare quello che è stato consigliato dalle persone autorevoli (cooperazione e collaborazione)
15. Accusarsi e colpevolizzarsi per gli errori commessi (espiare le colpe).

Risoluzione: Com’è andata fino ad ora?

1. Non affatto bene
2. Sollievo incerto
3. Sollievo limitato, ma sta un po' meglio
4. Molto meglio, problema risolto.

Strategie adeguate 1,2,3,4,5,6,7,10,14

*Adattato da: N.H. Cassen (1991): Handbook of General Hospital Psychiatry. Mosby Year Book. St. Louis

Simulazione di un'intervista centrata sul paziente

Ognuno degli studenti simula il "paziente" che ha intervistato, un altro studente svolge il ruolo dello studente intervistatore (vedi anche allegati 15, 16, 17, 18) e gli altri membri del gruppo osservano l'interazione.

Obiettivi:

1. Condurre un'intervista centrata sul paziente in tempi contenuti (6-8 minuti circa)
2. Stabilire un rapporto iniziale col "paziente" (accoglimento, contatto visivo, barriere)
3. Ottenere dal "paziente" le informazioni rilevanti che riguardano:
 - (a) La storia della malattia o del disturbo dal punto di vista del paziente
 - (b) I sintomi o disturbi del paziente in relazione a contingenze esterne (eventi o situazioni concomitanti o scatenanti, relazioni con altre persone) e interne (emozioni, cognizioni, convinzioni)
 - (c) L'interferenza dei sintomi con qualità di vita del paziente
 - (d) La situazione psicosociale del paziente
4. Usare domande aperte, di verifica, di chiarificazione, di contenuto psicosociale. Fare commenti facilitanti, riflessivi e centrati sulle emozioni
5. Cogliere segnali verbali e non verbali (*cue*) da parte del paziente e saper rispondere in modo adeguato alle emozioni espresse.

Istruzioni per lo studente "paziente"

Tenere presenti gli aspetti salienti del copione. Tentare di manifestare segnali verbali o non verbali di disagio emotivo che possono essere ipotizzati sulla base del copione.

Istruzioni per l'osservatore

Gli osservatori possono suggerire domande o commenti da fare quando l'intervistatore si trova in difficoltà e/o lo richiede esplicitamente.
Annotare il linguaggio verbale e non verbale dell'intervistatore e i *cue* del paziente.
Annotare i punti forti dell'intervistatore e la struttura data all'intervista
Annotare l'utilizzo delle tecniche comunicative

Istruzioni per il "medico" intervistatore

In momenti di difficoltà può chiedere l'aiuto degli osservatori o dei docenti.

4. LA STORIA DELL'ATTUALE MALATTIA (O DEI SINTOMI ATTUALI) RACCONTATA DAL PAZIENTE DAL SUO PUNTO DI VISTA

4.1. L'inizio dei sintomi o della malattia attuale (*quando, dove, con chi*) e l'evoluzione dei sintomi fino ad arrivare al momento dell'intervista: Se c'è una malattia cronica di lunga durata, concentrarsi sull'ultimo periodo e sull'episodio.

4.2. Stato **emotivo** del paziente a. dall'inizio della malattia o alla comparsa dei sintomi (solo se la malattia o sintomi sono recenti), e/o rispetto al ricovero e al momento del colloquio.

Cos'ha provato (come si è sentito) quando.....?

5 ATTRIBUZIONE , INTERFERENZA CON LA QUALITÀ DI VITA E SIGNIFICATO DELL'ATTUALE MALATTIA O DEI SINTOMI ATTUALI

5.1. Cosa ha pensato quando...? (Perché le è capitato proprio in quel momento? Cosa crede che non abbia funzionato?) (*Usare solamente una delle domande che sembra la più adatta alle circostanze. Se il paziente fa fatica comprendere la domanda, scegliere una seconda domanda*)

5.2. Quale conseguenze ha (o teme possa avere) la sua attuale malattia (o disturbo) per la lei (per la sua vita di ogni giorno) ?

(Con questa domanda sarà il paziente a scegliere quale delle 5 aree menzionare per prima)

(NB. Qualche volta i pazienti non riferiscono interferenze. In questi casi le domande permettono comunque di conoscere la situazione lavorativa, sociale e relazionale ed emotiva (qualità di vita) del paziente, che va riportata, ad esempio aggiungendo "Come va generalmente il lavoro (i rapporti con i familiari, il tempo libero, l'umore)?"

Per il lavoro (o compiti domestici)?

per il suo tempo libero?

Per le sue relazioni sociali (amici, colleghi, vicini):

Per la sua vita familiare e per i familiari (coniuge, figli, altri parenti anche se non conviventi)?

Per il morale (tono dell'umore)

5..3. Quale é stato il problema più difficile da affrontare da quando si é ammalato? In alternativa: Cosa é cambiato per lei da quando si é ammalato? O, Cosa teme di più della sua attuale malattia?

6. COME AFFRONTA IL PAZIENTE I PROBLEMI CONNESSI ALLA MALATTIA O AL RICOVERO (COPING)?

6.1. *Dopo che il paziente ha identificato i problemi psicosociali dovuti alla malattia o al ricovero (vedi 5.3 e 5.4.) chiedere:*

Come sta affrontando (o ha affrontato) questo (i) problema (i)? Facendo o pensando che cosa? Chi o cosa L'ha aiutato (o l' aiuta)?

6.2. **Che risultati ha ottenuto? Come sono andate o vanno le cose adesso? Come sta adesso?**
*Con questa domanda si chiede al paziente di valutare le sue **strategie di coping adoperate** (6.1) per risolvere e sostenere gli eventuali problemi emotivi identificati a 5.3.*

7. CONCLUSIONE DELL'INTERVISTA (VEDI ALL. 14)

8. VALUTAZIONE, DA PARTE DELLO STUDENTE; DELLE CAPACITÀ ADATTIVE DEL PAZIENTE

8.1. Il paziente nel colloquio ha segnalato o espresso emozioni?

Se sì, come esprime il paziente il disagio durante il colloquio?

8.2. Valutazione della qualità dell'adattamento alla malattia mostrata da paziente.?

(Ricordarsi cosa vuole dire cattivo adattamento! Identificare i fattori di rischio, e i fattori di "mediazione")

8.3. Su quali risorse può contare il paziente?

(Risorse personali e sociali: esperienze passate, interessi, lavoro, disponibilità economiche, rete di supporto; risorse sanitarie, strategie di coping)

Formulare domande aperte

Nome:

1. Sta bene in famiglia?
2. Si è già presentato in passato questo episodio?
3. La tosse in particolari situazioni peggiora oppure no?
4. La sua vita familiare procede regolarmente?
5. Non ha problemi di insonnia?
6. Lo considera molto faticoso questo lavoro?
7. Ha provato a curarsi?
8. Ha questi dolori più di frequente la sera o quando?
9. Sua moglie in questo momento le è vicina?
10. E' sposata?
11. Non ha mai avuto altri problemi?
12. Ha avuto un calo di peso?
13. Non beve, vero?
14. Vive con la sua famiglia?
15. Ha qualche preoccupazione?
16. I suoi familiari stanno bene?
17. I dolori sono collegati a qualche evento particolare?

18. Ha progetti per il futuro?
19. Ci sono problemi tra lei e sua moglie?
20. I suoi studi procedono bene?
21. Ha dovuto chiedere aiuto quando non poteva muoversi?
22. Si sente sotto pressione in questa situazione?
23. Ha anche dei figli?
24. Non ha mai sentito una fitta alla schiena?
25. Vive con qualcuno che la può aiutare?
26. Sua moglie gliela fa pesare questa difficoltà?
27. E' successo qualcosa che l'ha turbata?
28. Anche sua moglie è preoccupata?
29. Sono stati i suoi familiari a consigliarla di venire al pronto soccorso?
30. Ci sono state crisi in famiglia?