

CORSO DI PSICOLOGIA MEDICA A.A. 2003/2004

L'APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE NELLA PRATICA CLINICA

Prof.ssa Christa Zimmermann

Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Sezione di Psichiatria, Servizio di Psicologia Medica
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 con il paziente di fiducia e di collaborazione

Orario di ricevimento: martedì, ore 16.30-17.30

Tel. 045 80074441

e-mail: christa.zimmermann@univr.it

OBIETTIVI DEL CORSO

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

- 1.1 Descrivere la rilevanza del rapporto medico-paziente per il decorso, la cura e l'esito della malattia
- 1.2. Indicare le funzioni dell'intervista medica
- 1.3 Indicare come dare una struttura efficace al colloquio con il paziente
- 1.4 Descrivere i *cue* verbali e non verbali attraverso i quali il paziente segnala delle emozioni o nuovi argomenti non ancora o non sufficientemente considerati dal medico
- 1.5 Descrivere la tipologia e le funzioni delle domande da usare durante l'intervista medica
- 1.6 Descrivere le interazioni tra fattori biologici, psicologici e sociali nella storia della malattia del paziente (Applicazione del modello bio-psico-sociale nella pratica clinica)
- 1.7 Descrivere i rapporti tra problemi psicosociali, disagio emotivo, sintomi organici e la decisione di consultare il medico
- 1.8 Indicare le possibili reazioni emotive dei pazienti alla malattia e al ricovero e sapere come vanno accertate nel singolo caso
- 1.9 Saper differenziare tra reazioni emotive normali e reazioni emotive da disadattamento
- 1.10 Descrivere le problematiche connesse alla comunicazione della diagnosi e le procedure da seguire nella comunicazione di cattive notizie
- 1.11 Illustrare come si mantiene una buona comunicazione col paziente e con i suoi familiari in situazioni difficili (paziente aggressivo, non collaborante; familiari interferenti)
- 1.12 Indicare i criteri per identificare i pazienti a rischio di un cattivo adattamento alla malattia
- 1.13 Elencare i motivi per cui i medici non riconoscono il disagio emotivo dei loro pazienti
- 1.14 Indicare la prevalenza del disagio emotivo e dei problemi psicosociali tra i pazienti della medicina di base
- 1.15 Descrivere la procedura del "Informare il paziente sul programma terapeutico"
- 1.16 Descrivere come motivare il paziente al cambiamento
- 1.17 Descrivere l'approccio corretto del medico con il paziente che "somatizza"
- 1.18 Descrivere come dare "cattive notizie" al paziente

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

2.1 Strutturare l'intervista medica

2.2 Usare tecniche comunicative centrate sul paziente per:

- Ascoltare il paziente senza preconcetti o ipotesi preformate
- Facilitare la comunicazione con il paziente, mediante comportamenti verbali e non verbali
- Esplorare il contesto psicosociale della malattia

2.3 Valutare e considerare l'impatto emotivo e sociale della malattia sulla qualità di vita del paziente

2.4 Identificare le risorse personali e sociali del paziente

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

2.6 Identificare e ridurre gli ostacoli e le barriere che compromettono la comunicazione medico-paziente

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

3.1 Usare tecniche comunicative centrate sul paziente per:

- "Introdurre" e "concludere" il colloquio con il paziente
- Riconoscere le emozioni del paziente e rispondere in modo adeguato alle emozioni segnalate o espresse dal paziente in forma verbale o non verbale
- Evitare comportamenti non verbali e verbali che compromettono il rapporto col paziente

OBBLIGHI

1. Partecipare a tre lezioni interattive a piccoli gruppi per un totale di sei ore.
2. Partecipare attivamente e collaborare nel gruppo (svolgimento puntuale e corretto dei compiti assegnati).
3. Intervistare un paziente ricoverato seguendo le linee guida fornite e sintetizzare le informazioni ottenute sui fogli prestampati (allegato 16).

ASSENZE

In caso di (eccezionali!) assenze negli incontri a piccoli gruppi (didattica interattiva) è necessario prendere contatto con la Prof.ssa Zimmermann o le Dr.sse Rimondini e Goss per concordare il recupero dell'incontro perso.

VALUTAZIONE

Didattica interattiva: Verranno valutati gli esercizi e compiti assegnati così come la partecipazione e la collaborazione.

Esame di profitto scritto (appelli): Si svolge in forma di quiz. Le domande si riferiscono ai contenuti delle lezioni di Psicologia Medica (e della letteratura consigliata) che si svolgeranno nel 1° semestre dell'A.A. 2003/2004 per gli studenti del 4° anno di medicina

Il voto complessivo (didattica interattiva + quiz) è calcolato sommando il punteggio (in trentesimi) ottenuto nel quiz (moltiplicato per 0.35) con il voto (in trentesimi) ottenuto nella didattica interattiva (moltiplicato per 0.65).

LISTA DEGLI ALLEGATI

1. Le lezioni interattive a piccolo gruppi
2. Le lezioni di Psicologia Medica
3. Letture consigliate
4. L'approccio biomedico e l'approccio integrato all'intervista medica
5. L'agenda del paziente e l'agenda del medico
6. La struttura di un'intervista medica
7. Domande aperte per ottenere l'agenda del paziente
8. Le funzioni di un'intervista medica
9. La tipologia delle domande e dei commenti centrati sul paziente
10. Le "trappole" 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 applicare il modello biopsicosociale nella pratica medica)
14. Come prendere appunti
15. L'intervista con il paziente ricoverato. Obiettivi
16. Come aprire e chiudere l'intervista con il paziente ricoverato
17. Le strategie di coping
18. Simulazione (tra studenti) di un'intervista con un paziente ricoverato
19. Modulo per l'intervista con un paziente ricoverato
20. Formulare domande aperte

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 utilizzando la tipologia delle domande e dei commenti (All. 9) e la lista delle trappole (All. 10):
2. La formulazione di domande aperte (All. 20)

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

Zimmermann (1996)

Compiti per il prossimo incontro

1. La formulazione di domande aperte (All. 20)
2. Conoscere le definizioni delle tecniche "centrate sul paziente" (All. 9, 11, 12)).

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 prossimo incontro:

1. Formulare delle risposte centrate sulle emozioni per tre vignette (All. 11, 12)
2. Intervistare un paziente ricoverato e scrivere la sintesi (All. 14, 15, 16, 17, 19)
3. Preparazione nella conduzione dell'intervista "simulata" (All. 8)

Smith 1997: Cap. 3 e 7

"Le trappole" (All. 10)

Gask & Usherwood (2002) The consultation

Terzo incontro

L'impatto emotivo della malattia e del ricovero e l'identificazione dei pazienti a rischio di un cattivo adattamento

Discussione delle interviste condotte con un paziente ricoverato e role play. Ogni studente simula la parte del paziente che ha intervistato con un altro studente nel ruolo di medico.

1. Le barriere incontrate durante l'intervista
2. Il significato personale della malattia per il paziente e l'adattamento alla malattia (ricovero)
3. Le strategie di coping del paziente
4. L'identificazione di pazienti a rischio di un cattivo adattamento alla malattia

L'abilità nella conduzione dell'intervista con il paziente "simulato" secondo le linee guida (All.19) (temi affrontati, tecniche usate) così come la sintesi scritta dell'intervista verranno valutati.

Allegato 2

Le lezioni di Psicologia Medica A.A. 2003/2004

1, 15, 22 e 29 Ottobre; 5, 12, 19, 26 Novembre; 3 Dicembre

Il modello biopsicosociale delle malattie

Introduzione all'intervista medica e l'approccio centrato sul paziente

L'agenda del paziente, l'agenda del medico e le tecniche d'intervista

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".

Informare il paziente sul programma terapeutico

Motivare il paziente al cambiamento di abitudini dannose per la salute

Strategie comunicative con il paziente che non collabora

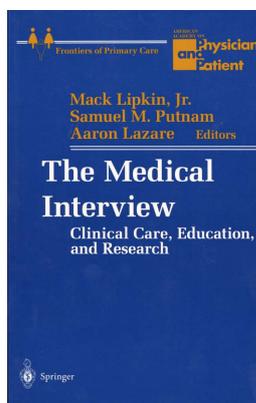
Strategie comunicative con il paziente che somatizza

La comunicazione di cattive notizie

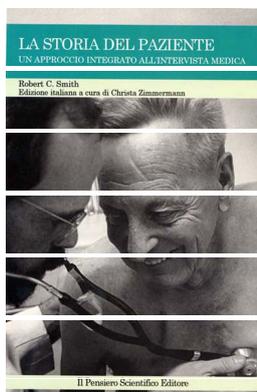
LETTURE CONSIGLIATE*



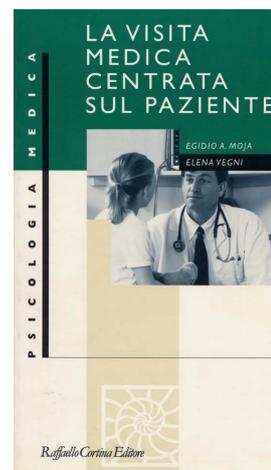
1992 (ed. ital 2003)



1995



1996 (ed. ital 1997)



2003

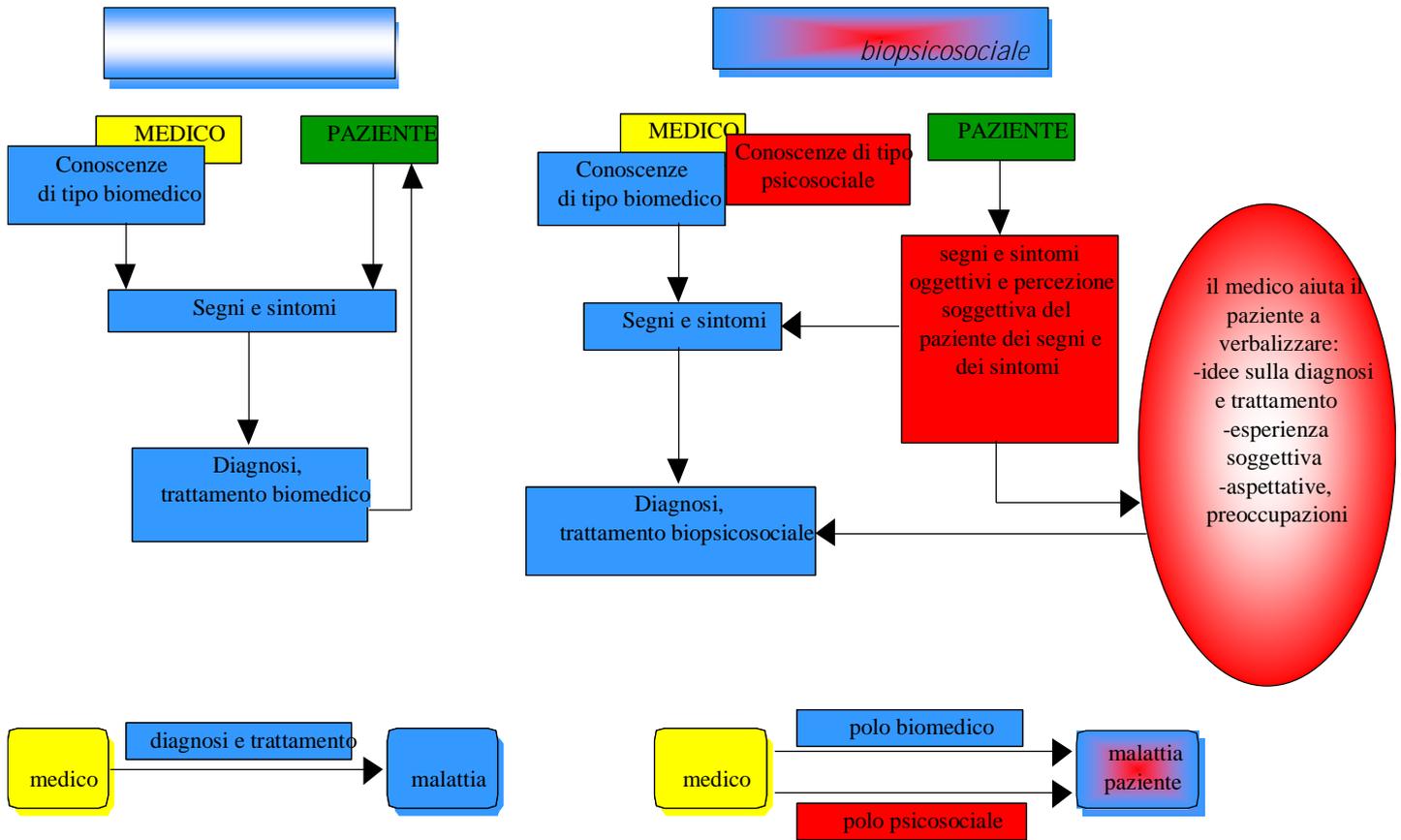
1. Smith R.C. (1997) *La Storia del Paziente. Un Approccio Integrato all'Intervista Medica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
 Capitolo 1: Intervistare il paziente
 Capitolo 2: Tecniche facilitanti
 Capitolo 3: Il processo centrato sul paziente*
 Capitolo 7: La relazione medico-paziente
2. Maguire P. (2000) *Communication Skills for Doctors*. Arnold, London.
 Capitolo 4: Giving information*
 Capitolo 5: Interviewing key relatives*
 Capitolo 6: Breaking bad news*
3. Zimmermann Ch. (1996) L'intervista medica e la comunicazione medico-paziente, 27-42. In D. Goldberg, S. Benjamin & F. Creed (eds) *Psichiatria nella Pratica Medica*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.*

Articoli:

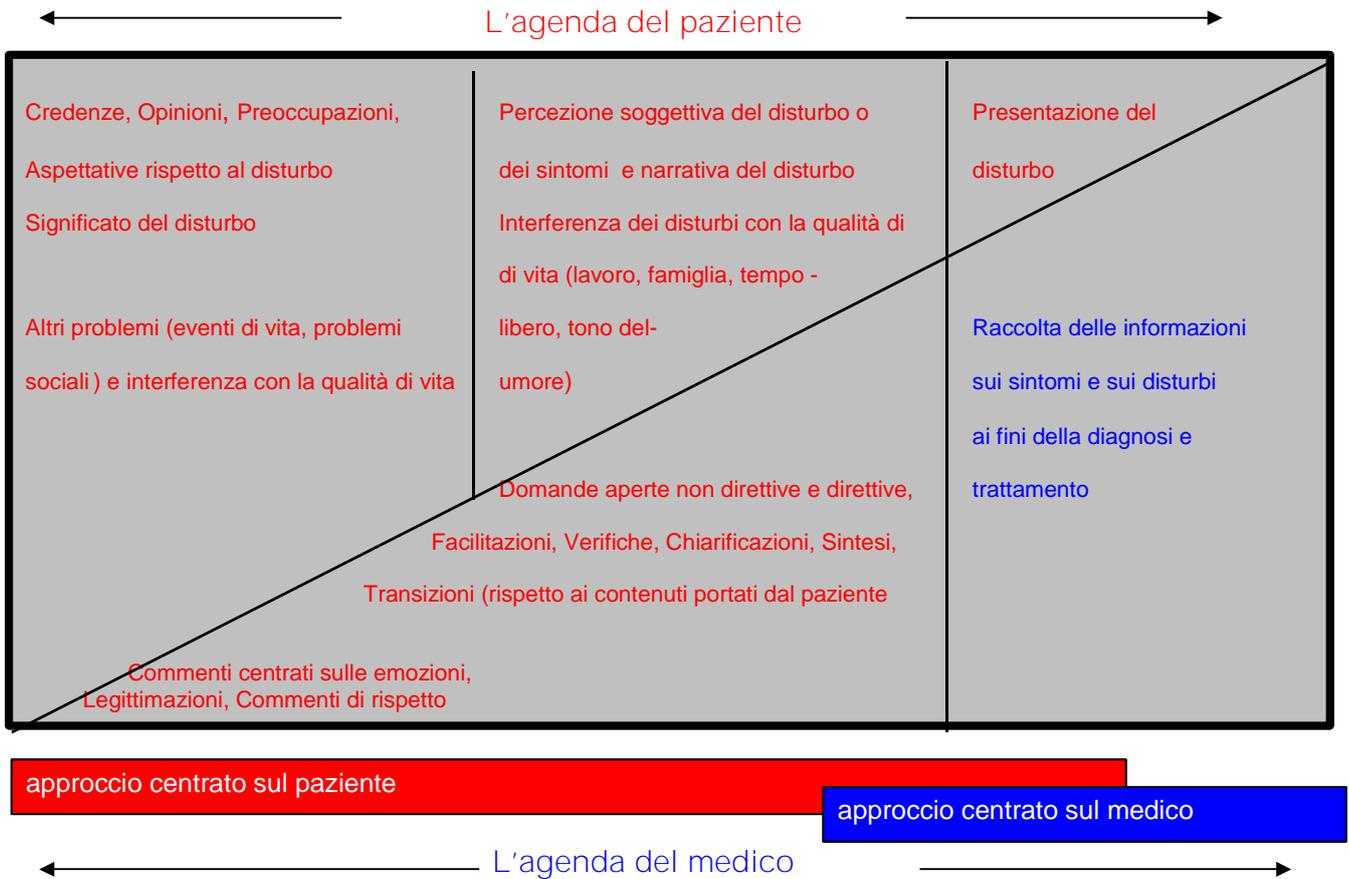
1. Fink P., Rosendal M & Toft T. (2002) How the physician becomes more comfortable with the somatizing patient. Assessment and treatment of the somatizing patient *Psychosomatics* 43, 111-121.*
2. Gask L. & Usherwood T. (2002) The consultation. *BMJ* 324, 1567-1569*
3. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. (1989) The Treatment of Somatization: Teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 689-695. *
3. Goss C. & Del Piccolo L. (2003) Strategie comunicative per informare il paziente. *Recenti Progressi in Medicina* 94, 353-360 *
4. Moretti F., Goss C. & Del Piccolo L. (2003) Strategie comunicative per motivare i pazienti a seguire i consigli del medico. *Recenti Progressi in Medicina*. In stampa *
5. Saltini A & Dall'Agnola R. (1995) La comunicazione di cattive notizie II. Come comunicare cattive notizie. *Recenti Progressi di Medicina*, 86 (10) 409-417)*

Fotocopie degli articoli suggeriti vengono fornite durante gli incontri di didattica interattiva a piccoli gruppi. I libri indicati possono essere consultati presso la biblioteca della Psicologia Medica, previo accordo con Dr. Fianco (Psicologia Medica).

Allegato 4



Allegato 5



LA STRUTTURA DELL'INTERVISTA MEDICA

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)

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

sulla vita attuale, gli eventi, la famiglia, il lavoro, le malattie e la storia personale e sociale.

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 *

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

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

Il medico:

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

* riguarda le visite ambulatoriali.

Domande aperte* per ottenere l'agenda 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 peggio?
Cos'altro è successo in quel periodo?*

Interferenza dei sintomi con la qualità di vita, significato personale dei sintomi

*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? Qual è stato (sarà) il problema più difficile per lei da affrontare?*

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 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? Come crede io possa aiutarla? Cosa si aspetta da me?

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 il lavoro (vita familiare, tempo libero, vita relazionale)? Cos'è cambiato da quando ha questi problemi? Perché crede di essersi ammalato?

Supporto sociale

In famiglia cosa dicono? Come hanno reagito? Chi le dà una mano in questa situazione? Con chi si può confidare?

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

Le tre funzioni dell'intervista medica

Raccolta di 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 motivarlo a collaborare con il programma terapeutico





"Sì, proprio una bella snamness, giovanotto. Credo che lei abbia le carte in regola per diventare un buon paziente."



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

Tipologia delle domande

Domanda aperta (non direttiva)

Facilita la libera espressione del paziente.

Aprire 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?

Cosa ha provato?

E poi?...

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 centrata sul paziente

Come va il lavoro?

Quando è iniziato il disturbo?

In quali condizioni peggiora la tosse?

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.

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

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.*

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....
Mi è sembrato molto triste quando ha parlato di suo padre*

L'identificazione delle emozioni del paziente e dell'evento associato, da parte del medico, formulata come ipotesi. La risposta empatica (verbale e non verbale) 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 il dolore la metta a dura prova.
Deve essere molto difficile tollerare una situazione del genere*

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 arrabbiare.
Questa lunga attesa avrebbe fatto arrabbiare chiunque.*

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

Sono veramente sorpreso per come lei sta combattendo contro la sua malattia. Nonostante i dolori non si è dato per vinto e ha continuato a lavorare.

Spiega al paziente perché il medico ha deciso di cambiare area di indagine. Facilita il paziente a seguire il filo logico dell'intervista ed aumenta la sua collaborazione.

*Mi ha detto che il ritorno al lavoro comporta dei problemi.
Riprenderemo l'argomento ma prima vorrei fare alcune domande che riguardano il suo sentirsi così "fragile".*

E' la ricapitolazione da parte del medico dei problemi del paziente. Dà al paziente la possibilità di confermare, correggere o aggiungere informazioni. Da usare come transizione da una fase dell'intervista all'altra. Consente di riportare il paziente che parla troppo all'argomento principale.

Allora...lei mi ha detto che soffre di mal di testa da una settimana e in queste condizioni litiga spesso con suo marito perché lui non le dà una mano nelle faccende di casa.

Allegato 10

M "Trappole" da evitare

Utilizzare solo domande chiuse	<i>Ha dormito questa notte?</i>
Fare domande multiple	<i>Si è sentito giù di morale oppure ha avuto delle difficoltà con il suo lavoro e con sua moglie...?</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 Non mi deve scocciare. 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>Lei non deve assolutamente preoccuparsi!</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 Il medico invece dovrebbe usare un commento riflessivo o dovrebbe dire "Perché mi fa questa domanda?"	<i>Paziente:...e così ho saputo che mio figlio è gay! Oppure Cosa pensa del medico che mi ha visto prima? Medico: Da quanti giorni ha mal di stomaco?</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 (completezza della lista dei sintomi!)	
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	

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 delle vignette segnala solamente un'emozione o un disagio (riferendosi ad eventi, facendo obiezioni etc), o lo esprime chiaramente.

Le domande aperte direttive centrate sulle emozioni si usano solamente per le emozioni "segnalate".

Le domande aperte direttive che indagano la situazione associata all'emozione, si usano solamente per le emozioni espresse senza riferimento ad una situazione o condizione precisa (Esempio preoccupazioni prima di un intervento, o rispetto ai risultati degli esami diagnostici).

2. Per le emozioni "segnalate" possono essere usate:

Domande aperte direttive che facilitano il paziente a verbalizzare l'emozione;

Commenti empatici (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)

Commenti di legittimazione (che possono riguardare non solo emozioni ma anche comportamenti). Legittimazioni che riguardano emozioni si fanno, quando si è molto sicuri del tipo d'emozione segnalata. Altrimenti si legittima il comportamento segnalato o la frase detta dal paziente.

Commenti riflessivi (scegliendo la frase o la parte della frase che indica il disagio)

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 (se non già indicata dal paziente)

Commenti di legittimazione

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).

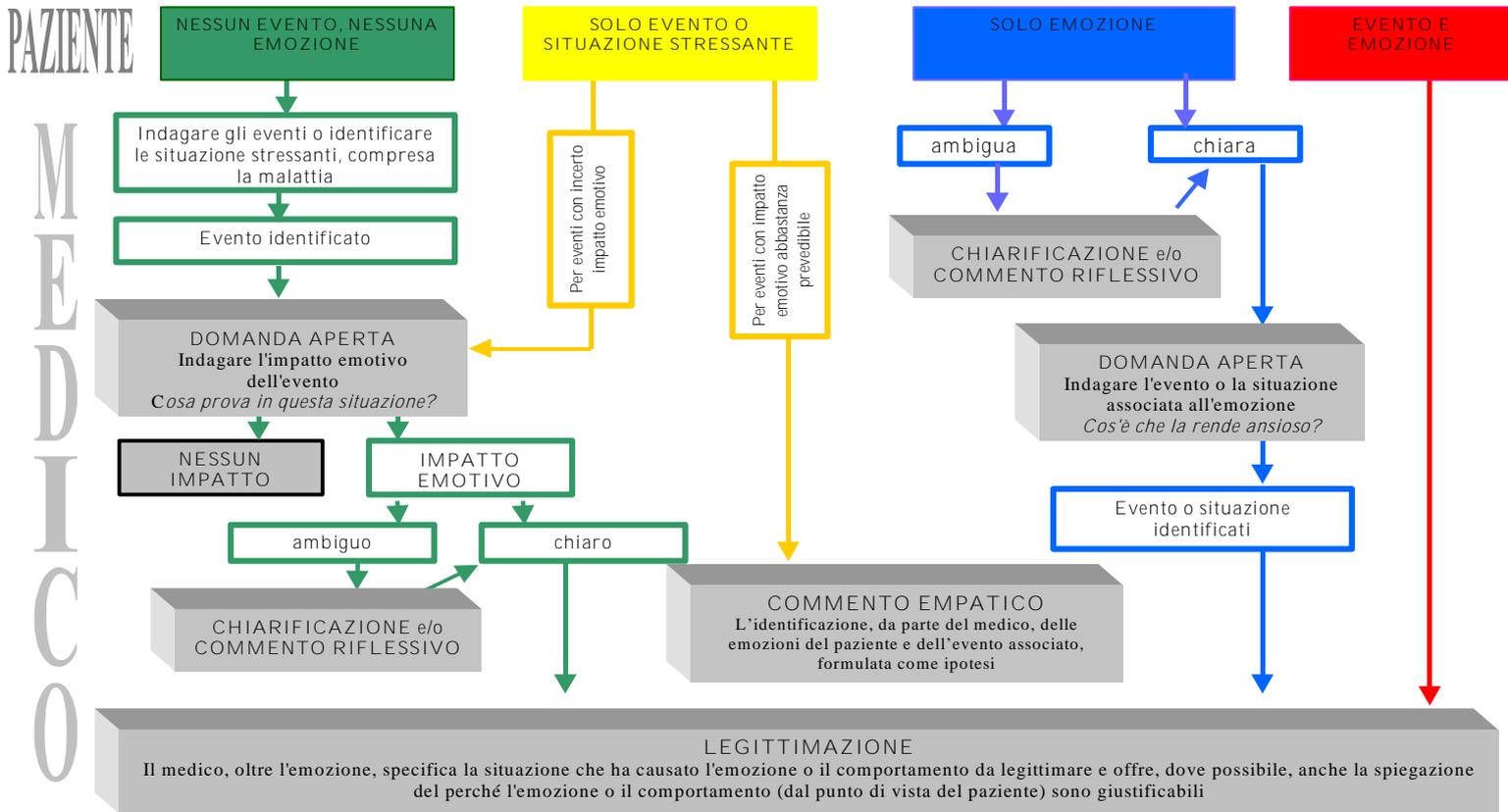
7. Assicurare aiuto, indicando sempre di che tipo di aiuto e per che cosa sarà fornito (richiede che il paziente abbia chiaramente espresso i suoi bisogni).

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

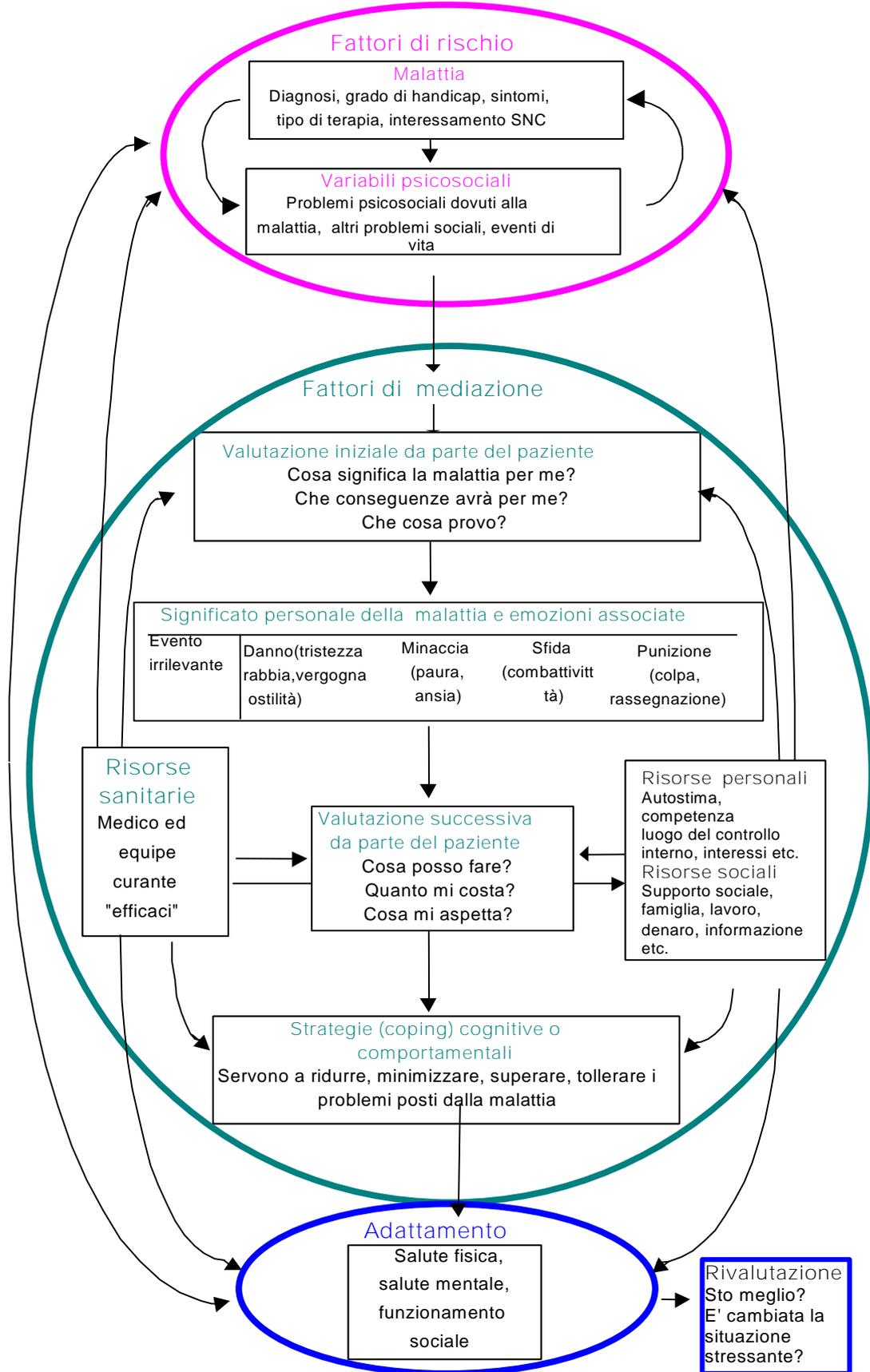
9. Un efficace commento empatico richiede che il medico ipotizzi l'emozione del paziente ed espliciti la situazione associata all'emozione

10. Una legittimazione efficace richiede che il medico non solo specifichi la situazione che ha causato l'emozione o il comportamento da legittimare, ma offra, dove è possibile, anche la spiegazione del perché l'emozione o il comportamento sono giustificabili.

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



Il process model of stress and coping



Come prendere appunti durante il processo centrato sul paziente

- Annotare le date degli eventi di vita e le date rispetto all'evoluzione del disturbo
- Avvertire il paziente che si prenderanno degli appunti
- 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



Intervista di un paziente ricoverato

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 elicitarne questa storia con domande "chiave" (vedi allegato 16), ad ascoltare e a comprendere la storia raccontata dal paziente dal suo punto di vista (vedi Smith, Cap3).

AREE DI ESPLORAZIONE

1. Storia dell'attuale malattia
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 ha o fa della sua malattia (*health beliefs*) e significato personale della malattia
4. Come 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.
3. Comprendere il punto di vista del paziente
4. Imparare a 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. Dare al paziente l'occasione di esprimere gli aspetti emotivi della sua malattia: il paziente sperimenta il sollievo di poter parlare delle proprie preoccupazioni con un interlocutore attento e comprensivo

N.B. Può capitare che un paziente pianga durante un colloquio. Ciò significa che l'intervistatore è riuscito a stabilire con lui/lei un buon rapporto. Il paziente non piange se non si sente compreso. Legittimare il pianto: "Deve aver dei buoni motivi per piangere". Oppure: "Piangere le farà bene, vedrà che dopo starà meglio". Altrimenti adottare comportamenti empatici non verbali (porre un fazzoletto, avvicinarsi, prendere la mano)

Come aprire e chiudere l'intervista con il paziente ricoverato

"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 (non dire che si tratta di un compito per la Psicologia Medica !)	<i>Vorrei farle alcune domande sulla sua malattia (disturbi) e di quello che significa per lei. Ci vogliono circa 20 minuti)</i>
Chiedere il consenso	<i>Va bene per Lei? (Nel caso (raro) il paziente non accettasse, non insistere ma ringraziare ed uscire)</i>
Stabilire il rapporto.	<i>Rispondere alle emozioni verbali e non verbali del paziente sempre e subito. (Ha l'aria sofferente o Sembra un po' stanca). Posso fare qualcosa? oppure Vedo che è affaticato... vuole che rimandiamo ad un altro momento l'intervista?</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.

N.B.

Se il paziente pone una domanda che riguarda la sua malattia (diagnosi, trattamento, prognosi) si può rispondere: *"Non sono autorizzato a darle una risposta, ma la sua domanda mi sembra importante. La dovrebbe porre senz'altro al suo medico curante". Oppure " Vuole che parli con il suo medico curante?"*

Alcune strategie di coping*

Basandosi sulla domanda del 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 per far fronte alle difficoltà menzionate

Domanda:

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

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 (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 del medico intervistatore (vedi anche allegati 15, 16, 19) e il terzo osserva l'interazione.

Obiettivi:

1. Condurre un'intervista centrata sul paziente in tempi contenuti (10 minuti circa)
2. Stabilire un rapporto iniziale col paziente (accoglimento, contatto visivo, barriere)
3. Formulare domande aperte, di verifica, di chiarificazione, di contenuto psicosociale. Fare commenti facilitanti, riflessivi e centrati sulle emozioni
4. 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
5. Cogliere segnali verbali e non verbali (*cues*) da parte del paziente e saper rispondere in modo adeguato.

Istruzioni per lo studente "paziente"

Tenere presenti gli aspetti salienti dell'intervista svolta, cercando di non facilitare troppo il "medico" intervistatore. Rispondere a tono (ad esempio, alle domande chiuse rispondere con sì/no). Tentare di manifestare segnali verbali o non verbali di disagio emotivo che sono stati osservati nel paziente intervistato.

Istruzioni per l'osservatore

Gli osservatori possono suggerire domande o commenti da fare quando il "medico" si trova in difficoltà e/o lo richiede esplicitamente.

Osservare il linguaggio verbale e non verbale del medico e i *cue* del paziente.

Annotare i punti forti del "medico"

Istruzioni per il "medico" intervistatore

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

A.A. 2003/2004

Nome dello studente:

Intervista centrata sul paziente con un paziente ricoverato

N.B. Non usate questi fogli durante l'intervista! Esercitatevi prima tra voi (role play) nell'uso delle domande sotto elencate che dovete porre al paziente. Dopo aver conclusa l'intervista riportate sul modulo prestampato le informazioni ottenute dal paziente sulle varie tematiche da indagare (non riportare tutte le risposte del paziente testualmente, ma sintetizzare le sue risposte, inserendo solamente le parole o frasi significativi). L'ordine in cui emergono le informazioni del paziente riguardanti la storia della sua malattia, il suo impatto sociale ed emotivo, il significato personale della malattia, è determinato dal paziente e può non corrispondere a quello del modulo. Spesso non ci sarà nemmeno bisogno di fare tutte le domande previste per avere le informazioni richieste.

DATI SOCIO DEMOGRAFICI

(Non iniziare l'intervista raccogliendo queste informazioni, che potrete trascrivere dalla cartella clinica. (Per l'introduzione dell'intervista consultate l'allegato 16 del programma).

Età: Sesso: Stato civile: Lavoro:

ricoverato in: dal:

Problema medico:

Con chi vive? (Specificare con quali familiari)

1. BARRIERE AMBIENTALI INCONTRATE:

2. LE REAZIONI DEL PAZIENTE ALL'INTERVISTA:

3. DIFFICOLTÀ INCONTRATE DURANTE LA CONDUZIONE DELL'INTERVISTA:

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 che ha portato al ricovero.

4.2. Stato emotivo del paziente dall'inizio della malattia o alla comparsa dei sintomi (solo malattia o sintomi sono recenti, altrimenti concentrarsi sul motivo che ha portato a questo ricovero) fino al momento dell'intervista.

Cos'ha provato? Come si è sentito nei vari momenti?

5 ATTRIBUZIONE E SIGNIFICATO DELL'ATTUALE MALATTIA O DEI SINTOMI ATTUALI

5.1. Perché è capitato proprio a lei? Perché è capitato proprio in quel momento? Cosa crede che non abbia funzionato? Cosa ha pensato la prima volta che è stato male? *(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. Come ha interferito (o teme che interferisca) la sua attuale malattia (o disturbi) con *(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, il morale)?"*
il lavoro:

il suo tempo libero:

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

la sua vita familiare (matrimoniale):

il suo morale:

5.3. Quale é stato il problema piú difficile da affrontare da quando si é ammalato? Cosa é cambiato per lei da quando si é ammalato? (*Usare, se necessario, solamente una delle domande*)
Cosa teme di piú della sua attuale malattia?

5.4. Qual é stata la cosa piú difficile da affrontare da quando é stato ricoverato?
(*Non chiedere assolutamente " Come si trova in ospedale?"*)

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.) chiedere:*
Come sta affrontando questo (i) problema (i)? Facendo o pensando che cosa? Come potrebbe fare? Chi o cosa La aiuta?

6.2. *(Con questa domanda si chiede al paziente di valutare le sue strategie di coping adoperate (6.1) per risolvere o reggere i problemi identificati a 5.3.)*

Che risultati ha ottenuto? Come vanno le cose adesso? Come sta adesso?

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

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

8.1. Il paziente esprime nel colloquio un disagio emotivo (vissuti d'ansia, tristezza, ostilità)?

Se no, per quale motivo esclude un disagio emotivo?

Se si, come esprime il paziente il disagio?

8.2. Vi sembra che il paziente é a rischio di un cattivo adattamento?

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

Se si, perché?

Se no, perché?

8.3. Su quali risorse può contare il paziente?

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

Formulare domande aperte

Nome:

Gruppo:

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?