



Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

PSICOLOGIA CLINICA L'APPROCCIO BIOPSIKOSOCIALE NELLA PRATICA CLINICA

Prof.ssa Christa Zimmermann
Prof.ssa Lidia Del Piccolo
Dr.ssa Claudia Goss
Dr.ssa Michela Rimondini
Tel. 045 8124441

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

AULA C – ISTITUTI BIOLOGICI

Obiettivi del corso di Psicologia Clinica

- 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

Struttura del corso

- **8 lezioni frontali**
- **4 incontri a piccoli gruppi (didattica interattiva)**

Struttura del corso

Obblighi per gli incontri a piccoli gruppi

- Stampare il programma portarlo alle 4 lezioni interattive (www.psychiatry.univr.it)
- Partecipare attivamente a **tutte e 4** le lezioni interattive a piccoli gruppi (svolgimento puntuale e corretto dei compiti assegnati)
- Raccogliere il racconto di una esperienza di malattia di una persona scelta dallo studente seguendo le linee guida fornite e sintetizzare le informazioni ottenute sul modulo (allegato 20)

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.

Struttura del corso

Modalità d'esame:

- 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 scritto: domande aperte e a scelta multipla

www.psychiatry.univr.it.
Attività Didattiche
Corsi di Laurea
Lezioni Psicologia Clinica
2012-2013

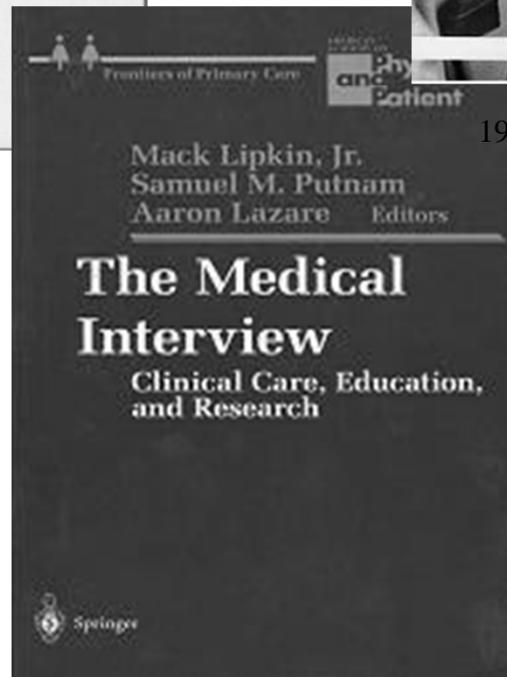
Obiettivi del Corso

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

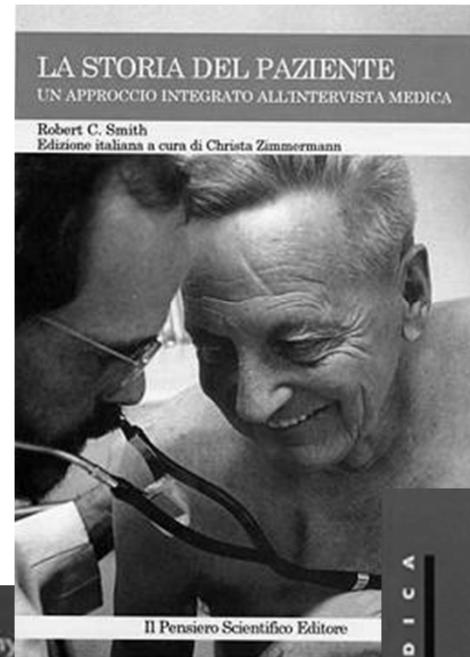
1. Acquisire le conoscenze funzionali alla conduzione dell' intervista medica e all'instaurarsi di una alleanza terapeutica tra medico e paziente



1992 (ed . Ital. 2003)



1995



1996 (ed . Ital. 1997)



2003

www.psychiatry.univr.it.

- 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:**
- 3. Gask L. & Usherwood T. (2002) The consultation. *BMJ* 324, 1567-1569.
- 4. Maguire P. & Pitceathly (2002) Key communication skills and how to acquire them. *BMJ*, 325, 697-700.
- 5. Hull M. (2007). Getting the whole story. Building a rapport with patients *The Foundation years* 3, 103- 106.
- 6. Riley G. (2004) Understanding the stresses and strains of being a doctor. *MJA*, 181, 350-353.
- 7. Robinson R., Beasley R.& Aldington S. (2006) From medical student to junior doctor: The difficult patient". *Student BMJ*, 14, 265-308.
- 8. 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.

Obiettivi del Corso

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

1. Acquisire le conoscenze funzionali alla conduzione dell' intervista medica e all'instaurarsi di una alleanza terapeutica tra medico e paziente

PERCHE ' L'INTERVISTA MEDICA?

Tramite l'intervista , il medico raccoglie dati sui sintomi e sulla persona, instaura la relazione, informa e consiglia il paziente

L'intervista medica è il banco di prova per valutare la professionalità del medico

Le competenze comunicative sono parti integranti della professionalità medica

Obiettivi del Corso

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

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

PERCHE ' COMPETENZE COMUNICATIVE PER RACCOGLIERE INFORMAZIONI DAL PAZIENTE?

Il flusso comunicativo e la relazione nel contesto dell'intervista medica sono diversi da quelli osservati in altri contesti della vita quotidiana e richiedono tecniche specifiche

IL FLUSSO COMUNICATIVO DURANTE L'INTERVISTA MEDICA (1)

1. Il paziente dà informazioni al medico
Descrive attuali sintomi, disturbi, problemi (Ho un mal di testa fortissimo)
2. Il medico riceve le informazioni dal paziente
Ascolta facilitando il paziente (Mi dica. Mi spieghi. Cos'altro c'è che non va?)
3. Il medico comunica al paziente di aver ricevuto e compreso le informazioni (feedback)
Sintetizza le informazioni avute dal paziente (Mi sta dicendo che da circa una settimana ha mal di testa per tutto il giorno e episodi di febbre verso sera)
4. Il paziente conferma o corregge il medico (feedback)
Sì, è proprio così, oppure, No, veramente ho mal di testa soltanto la sera

IL FLUSSO COMUNICATIVO DURANTE L'INTERVISTA MEDICA (2)

- | | |
|--|--|
| 5. Il medico dà informazioni al paziente | Comunica la diagnosi, propone la terapia, suggerisce accertamenti, fa educazione sanitaria |
| 6. Il paziente riceve il messaggio | Ascolta |
| 7. Il paziente comunica al medico di aver ricevuto e compreso le informazioni (feedback) | Alla domanda del medico (<i>Spero di essere stato (a) chiaro (a); per essere sicuro (a) potrebbe per favore ripetere brevemente cosa ha compreso e cosa deve fare?</i>) Il paziente risponde |
| 8. Il medico conferma o corregge il paziente (feedback) | (<i>Sì, bene ,oppure, No, dovrebbe fare anche una lastra</i>) |

Il doppio “*feedback loop*”

L'accuratezza della comprensione delle informazioni ricevute deve essere confermato da chi ha emesso l'informazione

Obiettivi del Corso

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

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

PERCHE ' COMPETENZE COMUNICATIVE FUNZIONALI ALLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE (RMP)?

- Tutte le cure mediche si effettuano mediante la relazione medico-paziente (RMP)
- Il tipo di relazione determina la misura della partecipazione del paziente
- L'esito delle cure dipende quindi da una RMP ottimale
- La RMP è la determinante principale della soddisfazione del paziente (e del medico)

LE TRE FUNZIONI DELL'INTERVISTA MEDICA

The Three Function Approach (Cohen-Cole, 1991), modificato

Raccolta di informazioni precise e attendibili
per comprendere tutti i problemi di salute e di
vita del paziente

Creare una relazione terapeutica e riconoscere
e gestire le emozioni e preoccupazioni del
paziente

Informare e educare il paziente rispetto alla sua
malattia e motivarlo a collaborare con il
programma terapeutico

I CRITERI PER UN' INTERVISTA EFFICACE

Il paziente fornisce **in un minimo di tempo**, in modo preciso e attendibile, **il massimo delle informazioni rilevanti** necessarie per comprendere i suoi problemi di salute e di vita

Il paziente si sente **compreso e sostenuto** dal medico e **libero** nell'esprimere le sue preoccupazioni ed emozioni

La comprensione dei problemi principali emersi è **condivisa** da medico e paziente

Il paziente **partecipa e collabora** al programma terapeutico

Verificare la propria efficacia

Pendelton et al., 2003: The New Consultation

Dopo la consultazione

- Ero curioso?
- Ho ascoltato?
- Ho indagato le preoccupazione, le attese, le opinioni del paziente (l'agenda "nascosta")?
- Ho riconosciuto il punto di vista del paziente?
- Ho coinvolto il paziente nel processo informativo/decisionale?
- Il paziente si è sentito compreso e sostenuto?

CONSEGUENZE DI UN' INTERVISTA MEDICA INEFFICACE (1)

Se il medico non raccoglie dal paziente tutte le informazioni e/o le raccoglie in modo poco preciso ed accurato aumenta:

- il rischio di sbagliare diagnosi, trattamento e prognosi

Se il medico non istaura un rapporto col paziente, non rispondendo in modo adeguato alle sue emozioni aumenta:

- l'insoddisfazione del paziente
- la non-collaborazione del paziente (informazioni lacunose)
- l'inosservanza del paziente rispetto al programma terapeutico
- la probabilità che il paziente cambi medico e/o ricorra alla medicina alternativa
- la possibilità di denunce da parte del paziente e dei familiari

Denunce di *malpractice*

Tamblyn et al. (2007) Physician scores on a national skills examination as predictors of complaints to medical regulatory authorities. Journal of the American Medical Association (JAMA) 298, 993-1001.

Canada : Valutazione nazionale standardizzata delle competenze cliniche per la licenza di praticare la professione

- Raccolta informazioni (anamnesi, esame obiettivo) > pazienti simulati
- Comunicazione medico-paziente
- Problem solving (diagnosi e management) > dei pazienti simulati visti prima

3424 medici : 1116 denunce tra 1993 e 1996 di cui 696 convalidate

Punteggio Comunicazione basso 236 (27%) denunce
alto 149 (17%) “

Aumento significativo di denunce con la diminuzione del punteggio Comunicazione.

Nessuna relazione con le altre competenze cliniche

Levinson et al (1997) Physician-Patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. **JAMA**, 277, 553-559

Fattori che portano alla denuncia

- Esito negativo della cura
- Insoddisfazione del paziente
- Cattiva comunicazione (nel 70% dei casi)

Pazienti di medici con denunce, confrontati con pazienti di medici senza denunce, riferiscono più spesso di sentirsi ignorati, di ricevere spiegazioni o consigli inadeguati e di avere delle visite di routine troppo brevi.

Medici di medicina generale senza denunce precedenti, confrontati con medici con denunce, orientano il paziente durante la visita, usano facilitazioni, chiedono l'opinione del paziente, non lo interrompono e ridono più spesso col paziente.

CONSEGUENZE DI UN' INTERVISTA MEDICA INEFFICACE (1)

Se il medico non raccoglie dal paziente tutte le informazioni e/o le raccoglie in modo poco preciso ed accurato aumenta:

- il rischio di sbagliare diagnosi, trattamento e prognosi

Se il medico non istaura un rapporto col paziente, non rispondendo in modo adeguato alle sue emozioni aumenta:

- l'insoddisfazione del paziente
- la non-collaborazione del paziente
- l'inosservanza del paziente rispetto al programma terapeutico
- la probabilità che il paziente cambi medico e/o ricorra alla medicina alternativa
- la possibilità di denunce da parte del paziente e dei familiari

CONSEGUENZE DI UN' INTERVISTA MEDICA INEFFICACE (2)

*Se il medico non informa ed educa in modo efficace
il paziente aumenta:*

- la non-collaborazione e l'inosservanza del paziente rispetto al programma terapeutico
- la probabilità che il paziente cambi medico e/o ricorra alla medicina alternativa
- il rischio di ricadute, di non-guarigione o di una cronicizzazione della malattia
- il rischio di uno scompenso emotivo del paziente

LE TRE FUNZIONI DELL'INTERVISTA MEDICA

The Three Function Approach (Cohen-Cole, 1991), modificato

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita del paziente

Creare una relazione terapeutica e riconoscere e gestire le emozioni e preoccupazioni del paziente

Informare e educare il paziente rispetto alla sua malattia , concordarsi sul problema e il piano di cura e motivare il paziente a collaborare

LA PRIMA FUNZIONE DELL'INTERVISTA MEDICA

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita del paziente (implica delle competenze necessarie anche per le funzioni due e tre)

Obiettivi

Fare una diagnosi o avere delle ipotesi diagnostiche, proporre ulteriori procedure diagnostiche

Compiti

- Acquisire le conoscenze di base su malattie e disturbi (anche psichiatrici)
- *Acquisire le conoscenze di base sui fattori psicosociali che contribuiscono all'adattamento del paziente alla malattia*
- *Facilitare il paziente a dare informazioni biomediche, psicologiche e sociali*
- *Considerare le informazioni biomediche insieme a quelle psicologiche e sociali*
- *Riconoscere e ridurre le barriere comunicative*
- *Conoscere il punto di vista del paziente*
- *Sviluppare e verificare ipotesi multipli durante l'intervista*

IL MODELLO BIOPSIICOSOCIALE DELLE MALATTIE

Definizione

- Le variabili psicologiche e sociali hanno un ruolo chiave nello sviluppo, nel decorso e nell'esito delle malattie

Conclusione

- Un'assistenza e una cura ottimale del paziente richiedono che il medico riconosca ed indaghi contemporaneamente le dimensioni biomediche e psicosociali della malattia e sappia gestire e utilizzare queste variabili

Engel GL (1977) The need for a new medical model. A challenge for biomedicine.
Science 196;129-136

Durante la consultazione medica,
il ragionamento...

... del medico ...

è organizzato per
**sintomi e categorie
diagnostiche**

... del paziente ...

è organizzato per
problemi

CONTRASTO COGNITIVO

APPROCCIO BIOMEDICO

Obiettivi

Diagnosi

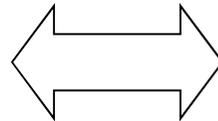
Decisioni terapeutiche

Caratteristiche

Attenzione ai dettagli dei sintomi

Le domande sono dettate dalle conoscenze del medico sui sintomi e le terapie

MEDICO



MALATTIA

IL MODELLO BIOMEDICO DELLE MALATTIE

- Le cause di malattie sono da attribuire esclusivamente a modifiche misurabili di variabili biomediche
- La terapia o la cura della malattia consistono esclusivamente in interventi sulle variabili biomediche

Relazione tra “illness” (stato di sofferenza) e “disease” (malattia)

	Sentirsi male	Sentirsi bene
Assenza di patologia organica	<i>solamente illness</i>	<i>sano</i>
Presenza di patologia organica	<i>disease e illness</i>	<i>solo disease</i>

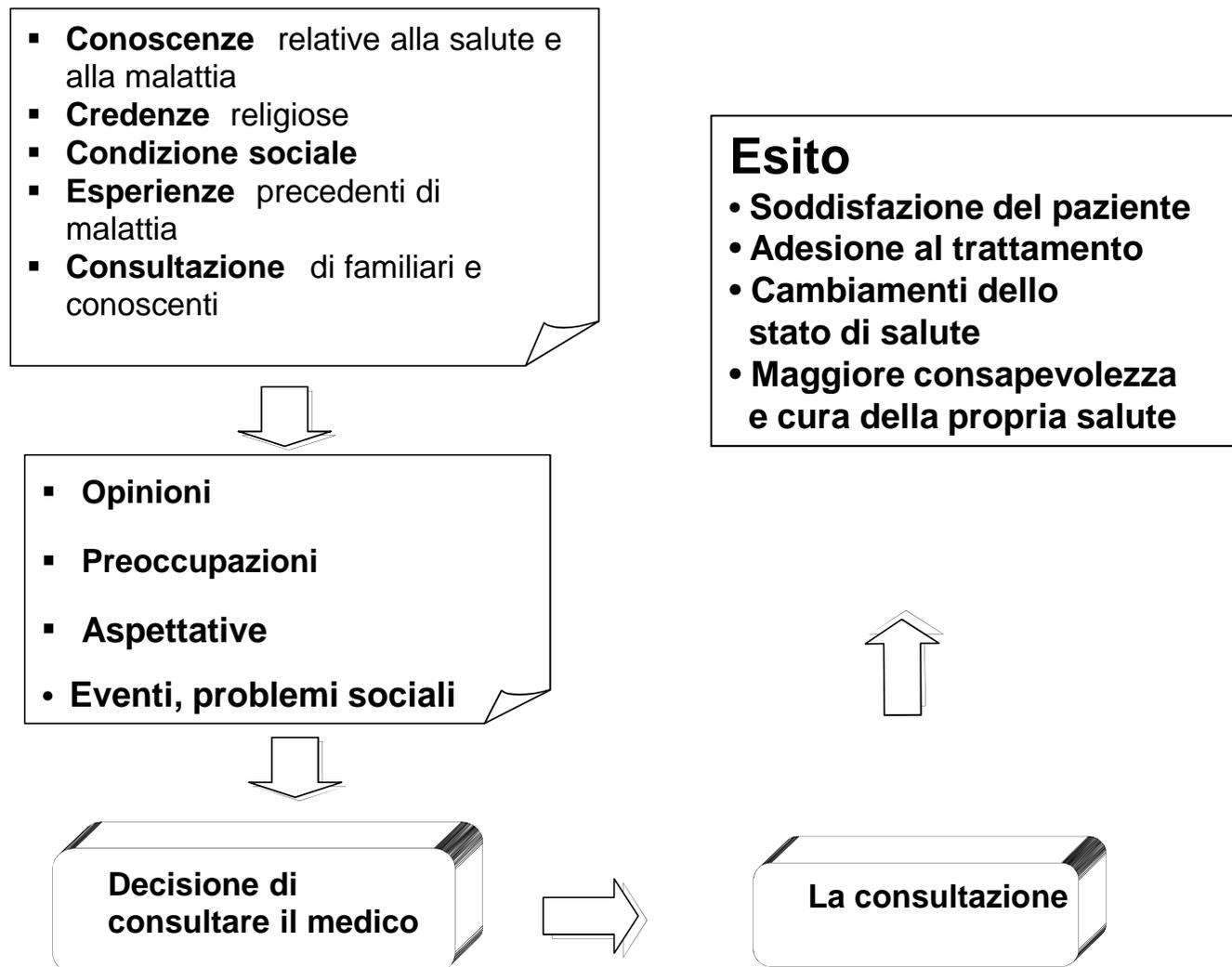
LA MALATTIA (DISEASE) E IL PAZIENTE AMMALATO (ILLNESS)

- Illness è uno stato soggettivo di malessere
- Non corrisponde sempre ad una patologia organica (disease)
- E' più determinante della patologia organica per la decisione di sottoporsi ad una visita medica
- Ha delle componenti psicosociali complesse

Perché è importante comprendere la relazione tra disease e illness? (1)

- Non tutti i pazienti con patologie organiche (disease) cercano aiuto medico
- Non tutti i pazienti che cercano aiuto medico hanno una patologia organica (disease)
- Molti problemi e disturbi presentati dai pazienti non sono di natura “biologica”
- In realtà non esistono malattie, ma solamente pazienti ammalati

Fattori connessi alla richiesta di cura da parte del paziente che non si sente bene



L'approccio del paziente al suo problema di salute

determinato e governato da

- propria visione del problema
- timori e preoccupazioni suscitate
- aspettative e azioni programmate per risolvere il problema

Una consultazione che non indaga questi temi rischia di essere inefficace

Perché è importante comprendere la relazione tra disease e illness? (2)

Il modello biomedico delle malattie (disease centred) e l'approccio biomedico da soli sono insufficienti per garantire una assistenza e cura medica efficace e un uso economico delle risorse disponibili

EFFETTI DI UN APPROCCIO BIOMEDICO

- Solo nel 50% delle consultazioni medico e paziente concordano nell'**identificazione del problema principale** (Starfield *et al.*, 1981).
- Il **55% dei problemi** di cui i pazienti vogliono parlare **non emergono** durante la consultazione (Stewart *et al.*, 1995; Tate, 1999).
- Quando le opinioni del paziente riguardo alla propria malattia sono in disaccordo con quelle del medico e quando tale dissonanza non viene riconosciuta, l'adesione al trattamento, la soddisfazione del paziente e l'esito della patologia sono peggiori (Tuckett *et al.*, 1985).
- I **pazienti ritengono importanti informazioni differenti** da quelle che il medico ritiene prioritarie: notizie su eziologia, diagnosi e prognosi, mentre i medici sovrastimano il desiderio dei loro pazienti di conoscere particolari sul trattamento e i farmaci (Kindelan & Kent, 1987).
- I pazienti hanno **difficoltà a capire e a ricordare le informazioni** che ricevono (dal 10% fino ad oltre il 40%) (Ley *et al.*, 1976; Bertakis, 1977; Fletcher *et al.*, 1979).

APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE

Obiettivi

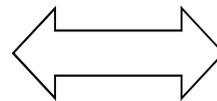
- Raccolta di tutte le informazioni rilevanti per comprendere la malattia, il paziente, il suo contesto psicosociale e le sue risorse
- Riconoscimento dei segnali verbali e non verbali che suggeriscono la presenza di disagio emotivo, facilitandone l'espressione.

Caratteristiche

- Attenzione a tutti i sintomi e problemi, comprese opinioni, preferenze e aspettative; ansie e preoccupazioni (emozioni!)

Medico e paziente controllano il contenuto e la direzione del colloquio nelle specifiche aree di competenza (sintomi versus problemi)

MEDICO



PAZIENTE

MALATTIA

IL DISAGIO EMOTIVO

- Emozioni negative come l'ansia o vissuti depressivi possono indicare la presenza di un disturbo emotivo
- La prevalenza di disturbi emotivi in pazienti della medicina di base e in pazienti ricoverati è del 25% - 30 %
- Disturbi emotivi non riconosciuti e non trattati interagiscono con il decorso e l'esito delle malattie somatiche attraverso una amplificazione e cronicizzazione dei sintomi somatici
- I medici riconoscono un disturbo emotivo in non più del 50% dei pazienti che ne soffrono effettivamente
- Disturbi emotivi non trattati, anche nelle loro forme subcliniche, portano a una maggiore utilizzazione delle strutture mediche e a richieste mediche non appropriate

L'importanza di poter esprimere liberamente le emozioni

L'importanza diagnostica

La descrizione del vissuto emotivo da parte del paziente fornisce al medico le informazioni di base per l'eventuale diagnosi di un disturbo emotivo il quale, come ogni altro sintomo rilevato, deve essere ulteriormente indagato (con le tecniche centrate sul medico) per poter essere diagnosticato e trattato

L'importanza terapeutica

Poter esprimere un disagio emotivo (anche lieve) in presenza di un medico attento e interessato è terapeutico perché attraverso il supporto percepito e la libera espressione delle emozioni, l'intensità del disagio diminuisce, ristabilendo l'equilibrio psichico e favorendo un buon adattamento

EVIDENZE SCIENTIFICHE DELL'EFFICACIA DELL'APPROCCIO BIOPSIKOSOCIALE

*La sensazione di aver detto al medico tutto quello che
preoccupa*

Maggiore probabilità di una completa remissione dei mal di
testa (Headache Study Group, 1989). Soddisfazione e
adesione al programma terapeutico maggiore
(Freeman et al., 1971)

*Pazienti ipertesi che esprimono le preoccupazioni con le
proprie parole (invece di rispondere sì o no alle domande
del medico)*

Maggiore calo pressorio e maggiore soddisfazione
(Hall et al., 1988; Putnam et al., 1988)

Pazienti che rispetto al medico parlano di più

Meno giorni di lavoro persi per malattie e meno limitazioni
funzionali (Kaplan et al., 1989)

EVIDENZE SCIENTIFICHE DELL'EFFICACIA DELL'APPROCCIO BIOPSIICOSOCIALE

Pazienti che esprimono le loro emozioni

Pazienti diabetici, ipertesi, e pazienti con ulcera: Migliore controllo glicemico, della pressione e meno ricadute (Kaplan et al., 1989).

Pazienti della medicina di base: meno giorni di assenza per malattia (Little et al., 2001a)

Pazienti che percepiscono buone competenze comunicative (in termini di partnership (interesse nel punto di vista del paziente, chiarezza, coinvolgimento del p nelle decisioni)

più soddisfatti, meno sintomi a distanza di un mese, migliori strategie di coping (Little et al., (2001b

Le tre funzioni del colloquio clinico

(Cohen-Cole, 1991)

- Racogliere informazioni

- Creare, mantenere o recuperare una relazione terapeutica e rispondere alle emozioni del paziente

- Informare il paziente e concordare la gestione dei problemi

LA PRIMA FUNZIONE DELL'INTERVISTA MEDICA

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita del paziente (implica delle competenze necessarie anche per le funzioni due e tre)

Obiettivi

Fare una diagnosi o avere delle ipotesi diagnostiche, proporre ulteriori procedure diagnostiche

Compiti

- Acquisire le conoscenze di base su malattie e disturbi (anche psichiatrici)
- *Acquisire le conoscenze di base sui fattori psicosociali che contribuiscono all'adattamento del paziente alla malattia*
- *Facilitare il paziente a dare informazioni biomediche, psicologiche e sociali*
- *Considerare le informazioni biomediche insieme a quelle psicologiche e sociali*
- *Riconoscere e ridurre le barriere comunicative*
- *Conoscere il punto di vista del paziente*
- *Sviluppare e verificare ipotesi multipli durante l'intervista*

Per facilitare il paziente nel esporre i suoi problemi in modo preciso e accurato occorre?

Tecniche comunicative “centrate sul paziente”

INDAGINE “APERTA”

Domanda aperta non direttiva

“Qual è il problema?” “ E poi?”

“Cos’altro non va?”

Facilitazione

Uso del silenzio

Incoraggiamento non verbale

Incoraggiamenti verbale

“Mi dica di più di questo problema”

Tecniche facilitanti non direttive

(aperte, centrate sul paziente)

Commento riflessivo

Operatore: “L’ho visto molto preoccupato quando ho proposto il ricovero” o

“Non vuole andare in ospedale”

Tecniche direttive (aperte, centrate sul paziente)

Domanda aperta direttiva

“ Come mai non vuole il ricovero?”

Sintesi

Verifica

“ Quindi l’ospedale le fa venire in mente questo episodio”

INDAGINE “APERTA”

Domanda aperta non direttiva

“Qual è il problema?” “ E poi?” “Cos’altro non va?”

Facilitazione

Uso del silenzio. Incoraggiamento non verbale o verbale

“sì”, “m” , “mi dica di più”

Tecniche facilitanti non direttive (aperte, centrate sul paziente)

Domanda (richiesta) aperta (non direttiva) e facilitazione

Aprire l'intervista. Da usare tutte le volte che l'utente introduce un nuovo argomento

- Facilita la libera espressione dell'utente.
- Consente l'individuazione delle aree problematiche.

INDAGINE “APERTA”

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 va il sonno?»

“ Come mai non vuole il ricovero?”

Tecniche direttive
(aperte, centrate
sul paziente)

Commento riflessivo

Ripete quello che la persona ha detto

Sottolinea un contenuto particolare

Risposta a un segnale non verbale

- Segnala ascolto e aiuta la persona a dare ulteriori informazioni sull'argomento

“L’ho visto molto preoccupato quando ho proposto il ricovero” o “Non vuole andare in ospedale”

Tecniche direttive
(aperte, centrate
sul paziente)

INDAGINE “APERTA”

Sintesi

L'operatore fa una breve sintesi del problema del paziente

- La sintesi dà al p l'occasione di specificare, correggere o aggiungere informazioni
- Segnala al paziente che è stato ascoltato

Sintesi

«E' venuto per chiedere un antibiotico. Io ho proposto il ricovero perché trova la sua situazione preoccupante, ma lei non si vuole ricoverare».

Tecniche direttive
(aperte, centrate
sul paziente)

INDAGINE “APERTA”

Verifica

Usata per controllare l'accuratezza dell'informazione ottenuta.

- Rassicura il paziente che il medico ha colto il suo messaggio; percepisce l'interesse del medico nei suoi confronti

«Quindi l'ospedale le fa venire in mente questo episodio di suo fratello»

Tecniche direttive
(aperte, centrate
sul paziente)

INDAGINE “CHIUSA”

Domande chiuse con risposte si/no

Medico: avverte mancanza di respiro? (implica una risposta si/no)

Paziente: no.

Domande chiuse che consentono risposte brevi

Medico: da quanto tempo sente questo dolore? (implica una risposta breve)

Domande multiple

Medico: Ha più fastidi la mattina o la sera?

L'INDAGINE CHIUSA

Il medico controlla il contenuto e la direzione dell'intervista
per

- Completare la definizione dei sintomi
 - Testare ipotesi cliniche
- La revisione degli apparati e le verifiche durante l'esame obiettivo

Attenzione!

- Limita la partecipazione del paziente all'intervista
- Inibisce il flusso informativo da parte del paziente

Rischi!

- Raccolta incompleta di informazioni non attendibili
- Verifiche premature di ipotesi cliniche e mancanza di attenzione ad informazioni che non concordano con le ipotesi

INTEGRARE TECNICHE DI TIPO APERTO E DI TIPO CHIUSO

Durante il processo centrato sul paziente

Predomina l'indagine aperta (insieme alle altre tecniche centrate sul paziente), usata ripetutamente allo scopo di raccogliere le informazioni personali sui sintomi e sulle altre preoccupazioni.

Durante il processo centrato sul medico

predomina *l'indagine chiusa*. Le *domande* o *"richieste"* aperte sono meno numerose, ma devono essere usati ogni volta che il paziente dà nuove informazioni che riguardano sintomi e problemi ("Mi dica di più")



Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

PSICOLOGIA CLINICA L'APPROCCIO BIOPSIKOSOCIALE NELLA PRATICA CLINICA

Prof. Christa Zimmermann

Prof. Lidia Del Piccolo

Dr. Claudia Goss

Dr. Michela Rimondini

Tel. 045 8124441

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

AULA C – ISTITUTI BIOLOGICI

I temi di oggi

- Le barriere comunicative
- La 2° funzione dell'intervista medica
Obiettivi e compito
- La 3° funzione dell'intervista medica
Obiettivi e compiti
- L'integrazione di agende (medico, paziente) e l'alleanza terapeutica

LA PRIMA FUNZIONE DELL'INTERVISTA MEDICA

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi di salute e di vita del paziente (implica delle competenze necessarie anche per le funzioni due e tre)

Obiettivi

Fare una diagnosi o avere delle ipotesi diagnostiche, proporre ulteriori procedure diagnostiche

Compiti

- Acquisire le conoscenze di base su malattie e disturbi (anche psichiatrici)
- *Acquisire le conoscenze di base sui fattori psicosociali che contribuiscono all'adattamento del paziente alla malattia*
- *Facilitare il paziente a dare informazioni biomediche, psicologiche e sociali*
- *Considerare le informazioni biomediche insieme a quelle psicologiche e sociali*
- *Riconoscere e ridurre le barriere comunicative*
- *Conoscere il punto di vista del paziente*
- Sviluppare e verificare ipotesi multipli durante l'intervista

Come prendere appunti durante l'intervista

Processo centrato sul paziente

- Pochi appunti, soprattutto le date cronologiche degli eventi e dei disturbi
- Avvertire il paziente
- Interrompere l'intervista quando si prendono appunti
- Leggere quello che si sta scrivendo

Processo centrato sul medico

- Più appunti
- Avvertire il paziente
- Mantenere l'attenzione centrata sul paziente, non perdere il contatto visivo

LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA MEDICO E PAZIENTE

BARRIERE

1. **Barriere ambientali**

(rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona)

2. **Barriere culturali**

(linguaggio, istruz., religione, educazione, età, sesso)

3. **Barriere sociali**

(gerarchia, status sociale, classe sociale)

4. **Stato emotivo del paziente**

(paura, timori, preoccupazioni, vergogna, colpa, pudore depressione, ostilità, rabbia).

Facilitare l'espressione delle emozioni

5. **Stato emotivo del medico**

(irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)

6. **Comportamento del medico**

(frettoloso, distaccato, autoritario, critico, prevenuto, invadente)

7. **Stile dell'intervista**

(intervista centrata sul medico)
riflessivi

8. **Caratteristiche del messaggio**

(mancanza di chiarezza)

9. **Intonazione ed articolazione delle parole**

COME RIDURRE LE BARRIERE

Migliorare l'ambiente

Adottare un linguaggio comprensibile per il paziente; aumentare il feedback

Non assumere comportamenti di superiorità

Riconoscere e rispondere alle emozioni espresse dal paziente

Riconoscere le proprie emozioni saperle controllare

Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra paziente e medico

Formulare domande aperte, di verifica, di facilitazione, fare commenti empatici, ecc.. Intervista centrata sul paziente

Formulare il messaggio chiarezza, logicità, precisione e concisione

Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo

LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA MEDICO E PAZIENTE

BARRIERE

1. **Barriere ambientali**

(rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona)

2. **Barriere culturali**

(linguaggio, istruz., religione, educazione, età, sesso)

3. **Barriere sociali**

(gerarchia, status sociale, classe sociale)

4. **Stato emotivo del paziente**

(paura, timori, preoccupazioni, vergogna, colpa, pudore depressione, ostilità, rabbia).

Facilitare l'espressione delle emozioni

5. **Stato emotivo del medico**

(irritazione, impazienza, distrazione, ansia, repulsione, ostilità, colpa)

6. **Comportamento del medico**

(frettoloso, distaccato, autoritario, critico, prevenuto, invadente)

7. **Stile dell'intervista**

(intervista centrata sul medico)
riflessivi

8. **Caratteristiche del messaggio**

(mancanza di chiarezza)

9. **Intonazione ed articolazione delle parole**

COME RIDURRE LE BARRIERE

Migliorare l'ambiente

Adottare un linguaggio comprensibile per il paziente; aumentare il feedback

Non assumere comportamenti di superiorità

Riconoscere e rispondere alle emozioni espresse dal paziente

Riconoscere le proprie emozioni saperle controllare

Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra paziente e medico

Formulare domande aperte, di verifica, di facilitazione, fare commenti empatici, ecc.. Intervista centrata sul paziente

Formulare il messaggio chiarezza, logicità, precisione e concisione

Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo

LE BARRIERE COMUNICATIVE TRA MEDICO E PAZIENTE

BARRIERE

COME RIDURRE LE BARRIERE

1. **Barriere ambientali**

(rumori, interruzioni, mancanza di privacy, arredo, distanza, comunicazione per interposta persona, ambiente)

2. **Barriere culturali**

(linguaggio, istruz., religione, sesso)

Adottare un linguaggio appropriato per il paziente

3. **Barriere sociali**

(gerarchia, status sociale)

autorità

4. **Stato emotivo del paziente**

(paura, timori, preoccupazione, pudore depressione, Facilitare l'espressione delle emozioni)

5. **Stato emotivo del medico**

Riconoscere le proprie emozioni saperle controllare

6. **Stile dell'intervista**

(autoritario, critico, prevenuto, riflessivo)

Evitare comportamenti che aumentano o riducono la distanza tra paziente e medico

7. **Stile dell'intervista**

(intervista centrata sul medico) riflessivi

Formulare domande aperte, di verifica, di facilitazione, fare commenti empatici, ecc.. Intervista centrata sul paziente

8. **Caratteristiche del messaggio**

(mancanza di chiarezza)

Formulare il messaggio chiarezza, logicità, precisione e concisione

9. **Intonazione ed articolazione delle parole**

Perfezionare la pronuncia, l'articolazione, il tono ed il ritmo

Non è possibile ridurre le barriere?

Esplicitarne e commentarne la loro presenza con il paziente!

BARRIERE COMUNICATIVE

aumentano o diminuiscono la distanza
“ottimale” tra medico e paziente e
compromettono l’efficacia dell’intervista
perché

diminuiscono la rilevanza, l’accuratezza e
la quantità delle informazioni ottenute,
modificando il loro contenuto e il loro
significato

LA SECONDA FUNZIONE DEL COLLOQUIO CLINICO

creare, mantenere e concludere una relazione terapeutica e rispondere alle emozioni del paziente

Obiettivi

- Garantire
 - la disponibilità dell'utente di dare tutte le informazioni rilevanti
 - Riduzione del disagio emotivo del paziente dovuto alle sue problematiche o al contesto medico
- Far sentire il paziente compreso e sostenuto

Compiti

- Comunicare professionalità
- Comunicare interesse, rispetto, sostegno e empatia
- Riconoscere e risolvere le barriere comunicative emotive
- Conoscere il punto di vista dell'utente (l'agenda)

Concetti chiave

I criteri per una relazione terapeutica efficace

Il paziente si sente **compreso e sostenuto** dal medico e **libero** nell'esprimere le sue preoccupazioni ed emozioni

La comprensione dei problemi principali emersi è **condivisa** da medico e paziente

Il paziente **partecipa e collabora** al programma terapeutico

L'importanza di poter esprimere liberamente le emozioni

L'importanza diagnostica

La descrizione del vissuto emotivo da parte del paziente fornisce al medico le informazioni di base per l'eventuale diagnosi di un disturbo emotivo il quale, come ogni altro sintomo rilevato, deve essere ulteriormente indagato (con le tecniche centrate sul medico) per poter essere diagnosticato e trattato

L'importanza terapeutica

Poter esprimere un disagio emotivo (anche lieve) in presenza di un medico attento e interessato è terapeutico perché attraverso il supporto percepito e la libera espressione delle emozioni, l'intensità del disagio diminuisce, ristabilendo l'equilibrio psichico e favorendo un buon adattamento

Per creare, mantenere e concludere una
relazione terapeutica e rispondere alle
emozioni del paziente occorre

TECNICHE CENTRATE SULLE EMOZIONI

Tre funzioni

- Aiutare il paziente a esprimere le sue preoccupazioni ed emozioni
- Capirne di più
- Gestire le emozioni espresse in modo appropriato a beneficio del paziente

TECNICHE CENTRATE SULLE EMOZIONI

Commento riflessivo

Non si sente di parlare

Domanda aperta direttiva che indaga le emozioni (non espresse o segnalate)

Cosa si prova quando per l'ennesima volta si deve raccontare la propria storia?

Commento empatico

Sembra veramente stufo di dover raccontare sempre le stesse cose

Legittimazione

Mi immagino che abbia dei buoni motivi per non aver fiducia nei medici

E facile essere stufo quando si deve sempre raccontare le stesse cose a dei medici che poi sembrano di non comunicare tra di loro difatti.

Commento di rispetto

Nonostante che ha già raccontato la sua storia tante volte, si è reso disponibile per un'altra volta

TECNICHE CENTRATE SULLE EMOZIONI

Commento riflessivo

- Ripete il contenuto emotivo nella frase detta dal paziente
- Risposta a un segnale non verbale
- Segnala ascolto e aiuta la persona a dare ulteriori informazioni sull'argomento

Domanda aperta direttiva che esplora l'emozione segnalata o la situazione associata alla emozione

Facilita l'espressione di emozioni (attese, timori, preoccupazioni, dubbi, disaccordi, contrasti)

Dimostra l'interesse per l'agenda emotiva dell'utente **paziente**

TECNICHE CENTRATE SULLE EMOZIONI

Commento empatico

- Suggerisce le emozioni del paziente e l'evento
- associato, formulandole come ipotesi
- 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.

Legittimazione

- Comunica che le emozioni del paziente sono giustificabili o comprensibili dal punto di vista del paziente.

Commento di rispetto

- Mette a fuoco le risorse le capacità del paziente e lo incoraggia ad affrontare situazioni difficili

LA TERZA FUNZIONE DELL'INTERVISTA MEDICA

Informare e educare il paziente e implementare il programma terapeutico

Obiettivi

- La comprensione da parte del paziente della natura della sua malattia; delle procedure diagnostiche proposte, delle opzioni terapeutiche
- L'accordo tra medico e paziente rispetto ai tre obiettivi precedenti
- Il consenso informato
- Miglioramento delle strategie di *coping*
- Garantire i necessari cambiamenti dello stile di vita

LA TERZA FUNZIONE DELL'INTERVISTA MEDICA

Informare e educare il paziente e implementare il programma terapeutico (implica delle abilità necessarie anche per le funzioni 2 e 3)

Compiti

- Identificare eventuali contrasti tra medico e paziente e negoziare la loro risoluzione
- Comunicare il significato diagnostico del problema
- Suggestire le procedure diagnostiche e le terapie appropriate
- Suggestire le misure preventive appropriate, inclusi i cambiamenti per migliorare lo stile di vita
- Coinvolgere il paziente nel progetto terapeutico
- Migliorare le strategie di *coping* mediante la comprensione delle conseguenze sociali e psicologiche della malattia e delle terapie

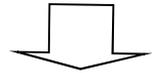
EPILOGO SULLE TECNICHE COMUNICATIVE CENTRATE SUL PAZIENTE

Domande aperte, facilitazioni, verifiche, chiarimenti, transizioni, sintesi, commenti centrati sulle emozioni

- Identificazione e riduzione di barriere comunicative
- Considerazione simultanea delle dimensioni mediche, psicologiche e sociali
- Raccolta precisa ed attendibile di dati sui sintomi e sulla persona
- Tempi più contenuti
- Identificazione corretta di pazienti con disagio emotivo
- Diminuzione dell'intensità del disagio del paziente
- Informazione e educazione sanitaria personalizzata
- Soddisfazione del paziente con il medico
- Soddisfazione del medico con il paziente
- Adesione al programma terapeutico e prognosi migliore

Terminologia

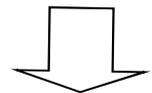
Modello biomedico



Approccio centrato sulla malattia (disease)

=

Approccio centrato sul medico

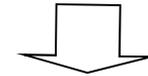


Tecniche d'intervista centrate sul medico

=

Indagine chiusa

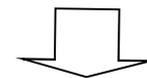
Modello biopsicosociale



Approccio centrato sul paziente e la sua malattia (illness)

=

Integrazione dell'approccio centrato sul medico e dell'approccio centrato sul paziente



Tecniche d'intervista centrate sul medico insieme a tecniche centrate sul paziente

=

Indagine aperta + indagine chiusa

Il colloquio con il paziente

Fase di accoglimento

Strutturare il colloquio

Saluti e presentazione, motivo dell'incontro
Il paziente conferma o corregge (feedback)

La relazione

Fase di raccolta delle informazioni

- *Riassumere*
- *Orientare*
- *Esplicitare*

Il medico raccoglie le informazioni utili, ascolta e facilita attivamente il paziente, sintetizza e verifica la comprensione
Il paziente conferma o corregge (feedback)

• *Non-verbale*

• *Ascolto attento*

• *Gestire le emozioni*

Fase di spiegazione e informazione

Il medico spiega e informa
Il paziente ascolta e comunica di aver ricevuto e compreso il messaggio (feedback)

• *Sollecitare domande*

• *Coinvolgere il paziente*

Fase di esecuzione dell'esame o dell'intervento

Fase di chiusura

Saluti e congedo
Saluti ed eventuali domande

Concetto chiave

Agenda

- Una lista di bisogni nella mente del paziente e del medico che portano con se al colloquio clinico

L'Agenda

(Tate, 1994)

Ogni volta che ci si avvicina al colloquio con un'altra persona si ha in mente una serie di obiettivi da perseguire

Il modo in cui perseguire i nostri obiettivi è modulato da elementi che fanno parte della nostra storia e della nostra persona (convinzioni, timori, aspettative e bisogni , eventi di vita, ecc..).

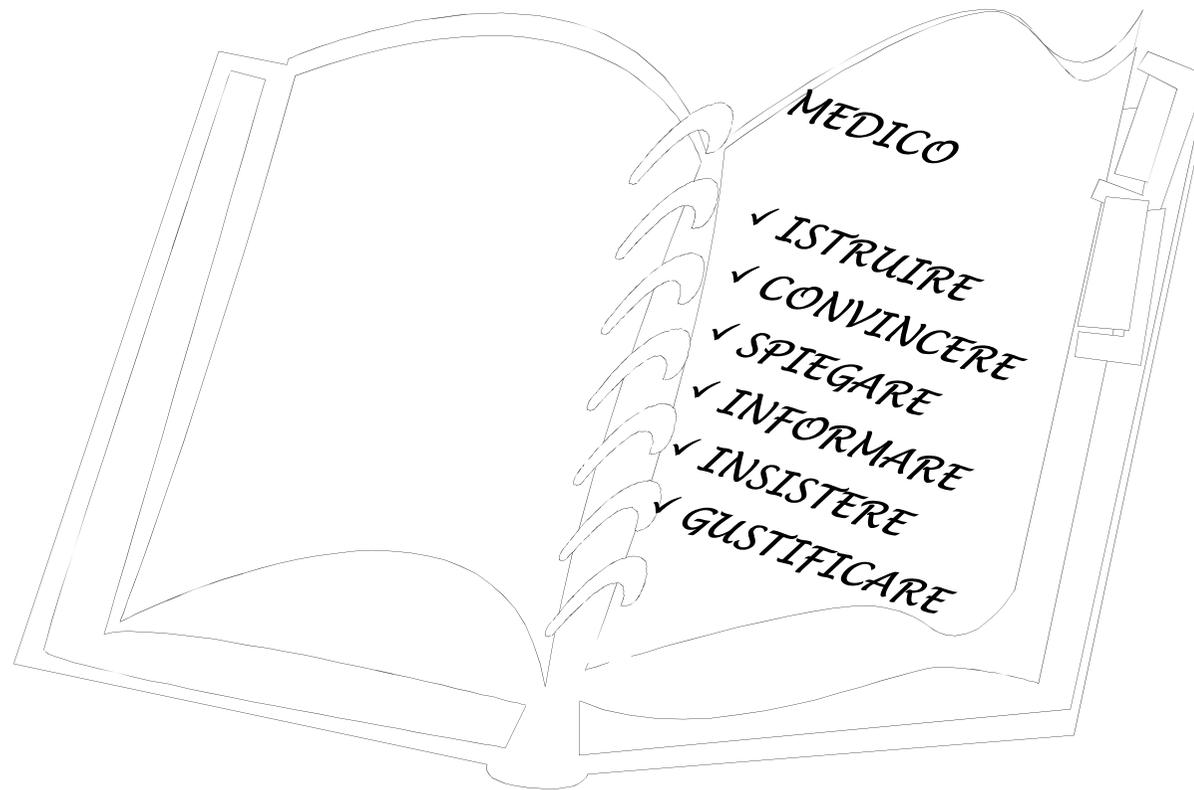
Tutti questi diversi aspetti vanno a comporre una sorta di agenda mentale caratteristica di ogni individuo.

L'AGENDA DEL PAZIENTE

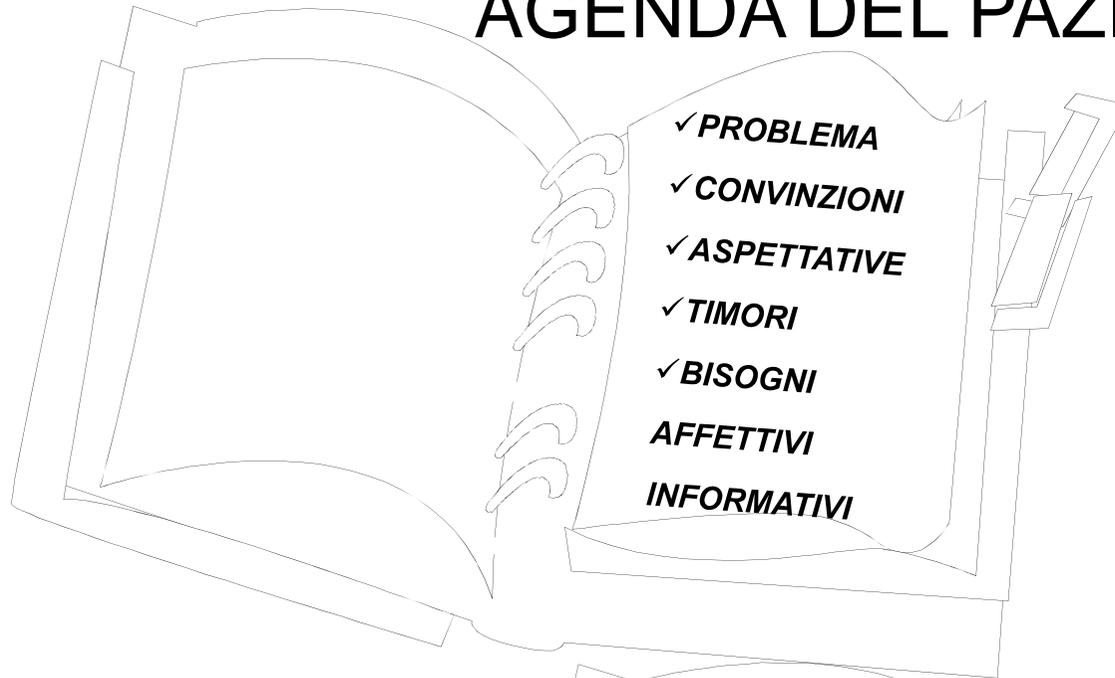
Le quattro dimensioni

- Percezione soggettiva del sintomo; idee ed interpretazioni
- L'impatto emotivo del disturbo sul paziente: timori, preoccupazioni
- Aspettative e bisogni
 - Conoscenze relative alla salute e malattia
 - Credenze religiose
 - Esperienze precedenti di malattia
 - Consigli di familiari e conoscenti
- Il contesto psicosociale: qualità di vita; problemi sociali; eventi stressanti

Agenda del Medico



AGENDA DEL PAZIENTE



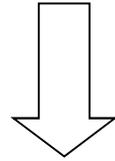
AGENDA DEL MEDICO



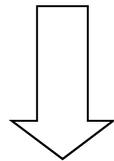
Concetti chiave

Integrare le agende

La conoscenza reciproca delle diverse agende



Collaborazione efficace: decisioni terapeutiche
condivise, concordate o negoziate



Premesse essenziali per una adesione ottimale al
programma terapeutico

Esplicitare la propria agenda professionale

- Indicare i motivi e gli obiettivi del colloquio e indicare il tempo a disposizione.

“ Oggi dovremo parlare di.. per...”

“ Vorrei capire meglio come... per...”

“ In questo incontro dovremmo discutere...per capire come... “

Sollecitare l'agenda dell'altro

“Prima di andar avanti mi può dire per favore quali sono gli argomenti che Lei invece avrebbe bisogno di discutere oggi”

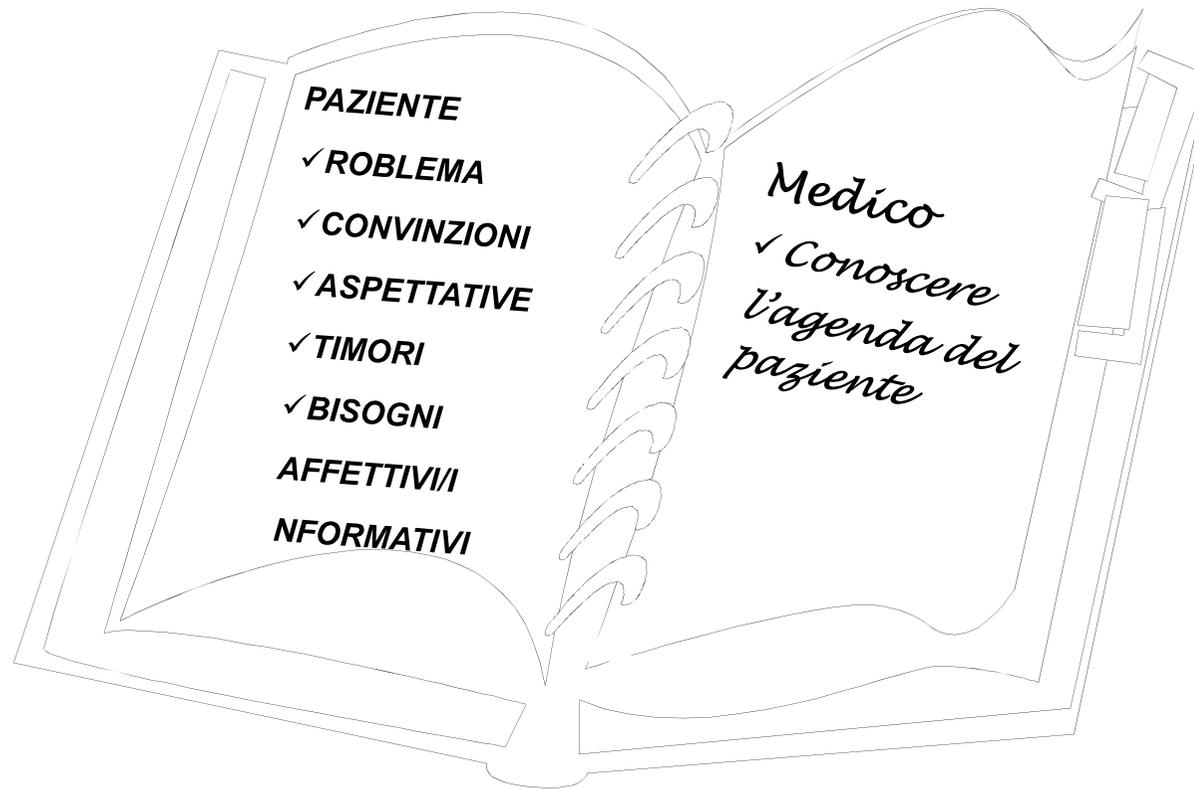
Sull'integrazione delle due agende
si basa

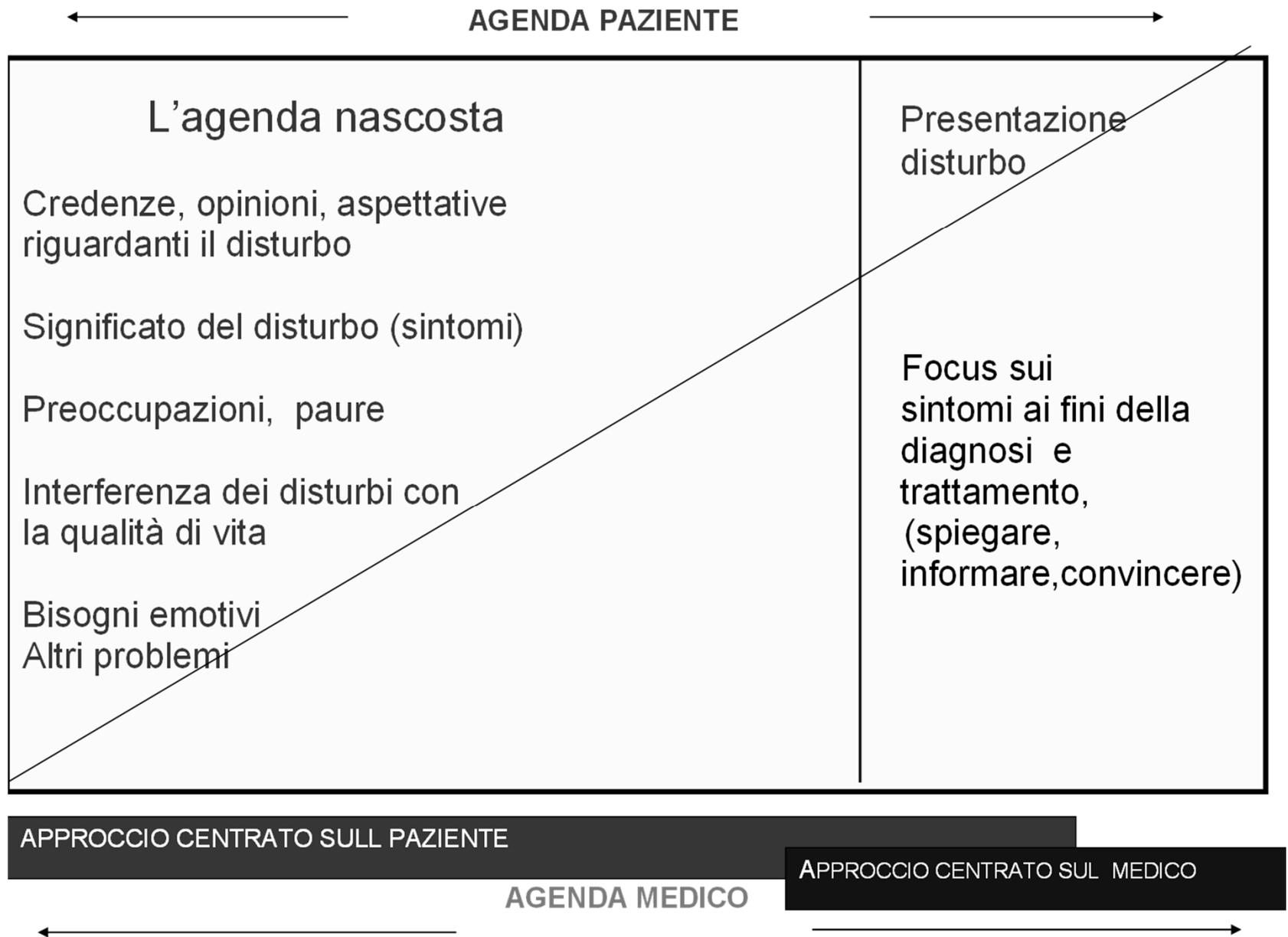
L'ALLEANZA TERAPEUTICA

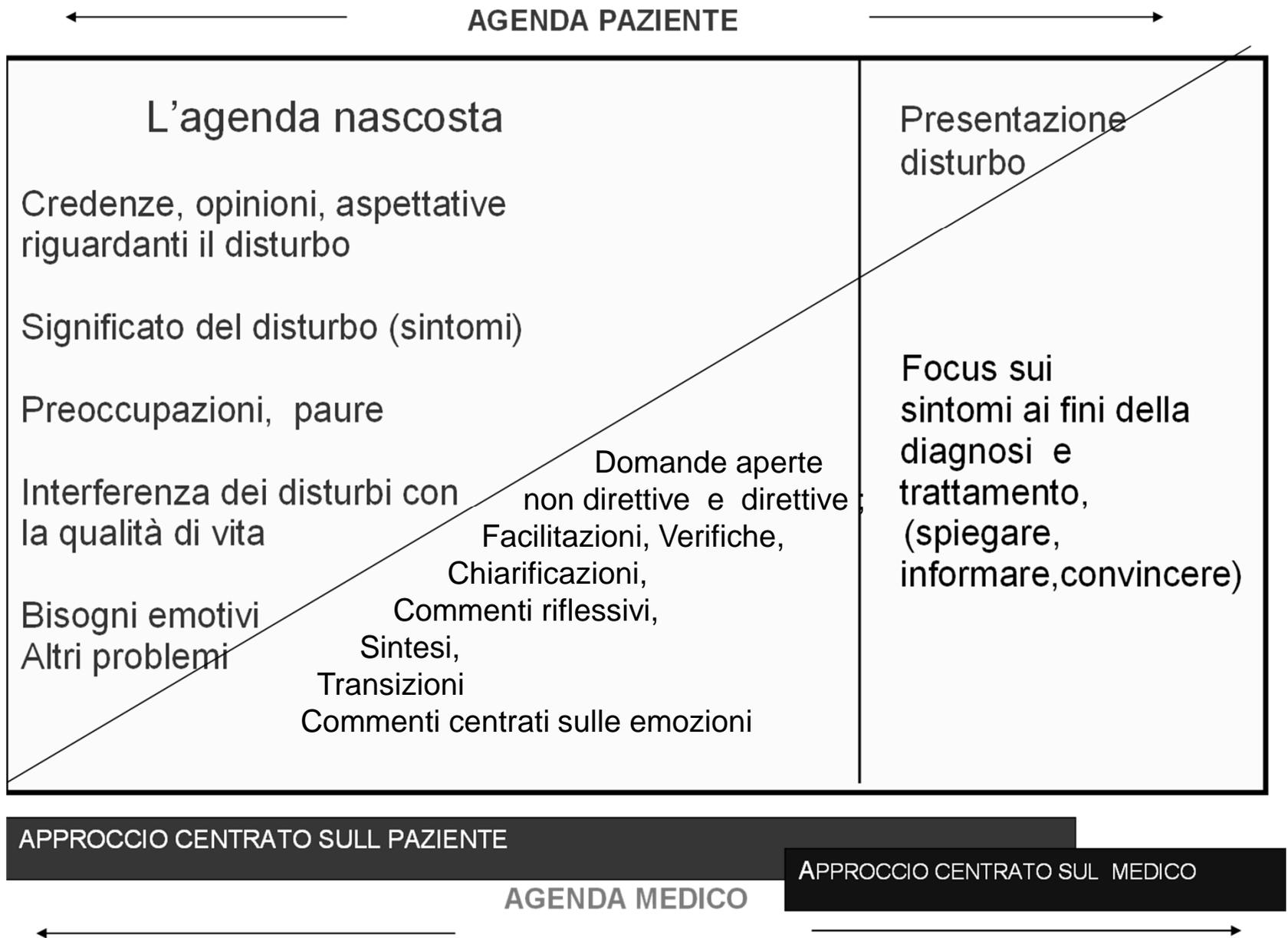
L'ALLEANZA TERAPEUTICA

- Una relazione di reciproca collaborazione, per il raggiungimento di un fine comune (*partnership*)
- La qualità dell'alleanza aumenta
 - con la fiducia che il paziente ha nei confronti del medico e della terapia
 - nella misura in cui si sente libero di esplicitare e discutere con il medico preoccupazioni, aspettative, dubbi, disaccordi e contrarietà

CAMBIARE L'AGENDA









Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

PSICOLOGIA CLINICA L'APPROCCIO BIOPSIKOSOCIALE NELLA PRATICA CLINICA

Prof. Christa Zimmermann

Prof. Lidia Del Piccolo

Dr.ssa Claudia Goss

Dr.ssa Michela Rimondini

Tel. 045 8124441

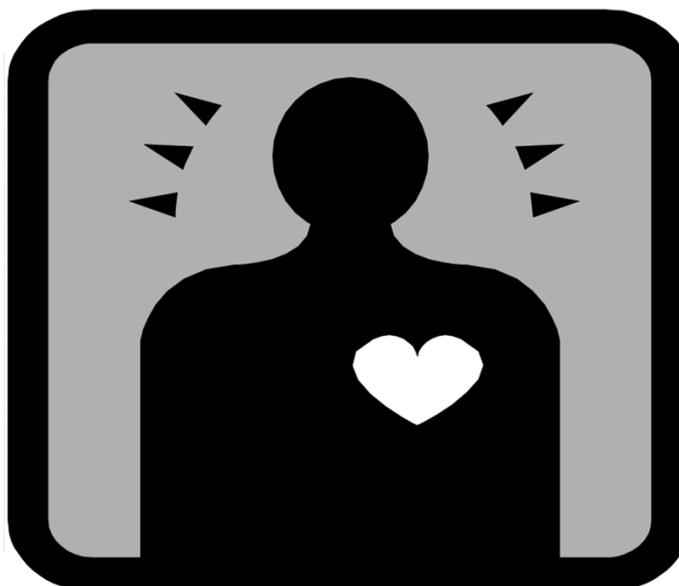
6, 13 e 20 marzo, 3, 10 e 17 aprile, 15 e 22 maggio 2013
Ore 10.15 - 11.45

AULA C – ISTITUTI BIOLOGICI

I temi di oggi

- Le espressioni non verbali e verbali di emozioni
- Tecniche comunicative centrate sulle emozioni
- Il General Health Questionnaire
- Ansia e depressione
- Fattori psicosociali di rischio (Eventi stressanti, problemi sociali)
- L'agenda emotiva del paziente
 - Concetto chiave: cue
 - Ascolto attivo – Comunicazione empatica
- Fattori di mediazione

Cos' è un'emozione?



Le emozioni

Definizione: (dal latino “muovere”) reazione affettiva complessa molto intensa indotta da uno stimolo che provoca dei cambiamenti fisici e psicologici

Caratteristiche:

- Relazione con un evento
- Componente fisiologica/somatica
- Componente psicologica
- Componente comportamentale
- Hanno un oggetto e spesso un destinatario
- Relazione con scopi e credenze

Le principali emozioni

Le emozioni di base

- Paura/ansia
- Rabbia
- Tristezza
- Gioia
- Disgusto

Altre emozioni

- Invidia
- Colpa
- Gioia
- Gelosia
- Pena
- Sorpresa
- Delusione
- Disprezzo



Forse non tutti sanno che....

Diversi studi hanno dimostrato gli effetti esercitati dalle emozioni sulle capacità cognitive del soggetto riducono o compromettendo le capacità mnestiche, attentive o di processare informazioni (Beck et al., 1976; Butler et al. 1983; Eysenck et al., 1987; Zuroff et al., 1983).

A livello neurale il soggetto si trova in una sorta di sequestro emotivo, in cui un centro del sistema limbico (deputato all'integrazione del sistema emotivo-istintivo-comportamentale), dichiara lo stato di emergenza imponendo a tutto il resto del cervello, compresa la neocorteccia, "il cervello pensante", il proprio "impellente ordine del giorno" (Goleman 1999, Eichelman 1987). E' quindi come se il soggetto agisse sulla base di informazioni molto più grezze e istintive, non ancora modulate dall'intervento della neocorteccia.

L'importanza di poter esprimere liberamente le emozioni

L'importanza terapeutica

Poter esprimere un disagio emotivo (anche lieve) in presenza di un operatore attento e interessato è terapeutico perché attraverso il supporto percepito e la libera espressione delle emozioni, l'intensità del disagio diminuisce, ristabilendo l'equilibrio psichico e favorendo un buon adattamento

PRIMO APPROCCIO ALLE EMOZIONI SEGNALATE O ESPRESSE DAL PAZIENTE

Riconoscere il segnale

Riconoscere le emozioni del paziente

- Segnali non verbali

Espressioni non verbali di emozioni

	VOCE	SGUARDO	VISO	CORPO
ANSIA	<p>tremante</p> <p>volume alto</p> <p>frequenze alte</p> <p>parla molto</p> <p>incrinata</p> <p>ritmo veloce</p> <p>affannata</p> <p>esposizione verbale disorganizzata</p>	<p>mobile</p> <p>spaventato</p> <p>occhi aperti,</p> <p>continuo cambiamento del focus visivo</p>	<p>contratto</p> <p>macchie rosse</p> <p>teso</p> <p>sudore</p>	<p>irrequietezza motoria</p> <p>manipolazione di oggetti</p> <p>tendenza a gesticolare</p> <p>ipereattività</p> <p>seduto sulla punta della sedia</p> <p>tensione muscolare</p> <p>tremore</p> <p>sudorazione delle mani</p>
DEPRESSIONE	<p>bassa</p> <p>monosillabe</p> <p>silenzio</p> <p>sospiri</p> <p>ritmo lento</p>	<p>occhi abbassati</p> <p>evita contatto visivo</p>	<p>pallido</p> <p>mimica inespressiva</p>	<p>rallentamento motorio</p> <p>scarsa reazione agli stimoli esterni</p> <p>si trascina</p> <p>trascuratezza</p> <p>tendenza all'immobilità</p> <p>ripiegato su se stesso</p> <p>mani fredde</p> <p>stereotipie dei movimenti</p>

Riconoscere le emozioni del paziente

Emozioni segnalate o espresse
verbalmente

triste		arrabbiato	scontento	compiaciuto
indifferente		irritato	teso	contento
depresso	annoiato	irascibile	fragile	soddisfatto
giù		furioso	scosso	felice
pessimistico		apprensivo		ottimistico
deluso	schacciato	sconvolto		sorpreso
infelice		incerto		sollevato
inutile		confuso		tranquillo
senza valore		pieno di rancore		sereno
insensibile		tradito		fiducioso
disgustato		imbrogliato		pieno di speranze
debole		ansioso		forte
apatico		preoccupato		attivo
senza speranze		eccitato		pieno di energie
intorpidito		agitato		determinato
esausto		frustato		rilassato
desolato		imbarazzato		di buon umore
indifeso		intrappolato		entusiasta
marcio		disorientato		motivato
logorato		confuso		
incompreso		impazzito		
distante		scoraggiato		
incapace		terrorizzato		
a pezzi		turbato		
colpevole		sopra sotto		
solo		perplesso		
rassegnato		sbalordito		
isolato		paralizzato		
brutto		logorato		
strano		debole		
stupido				

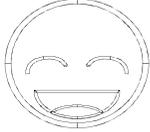
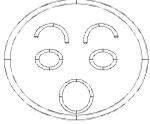
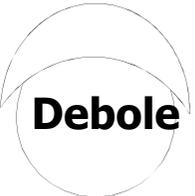
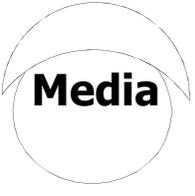
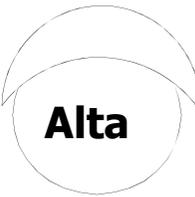
PRIMO APPROCCIO ALLE EMOZIONI SEGNALATE O ESPRESSE DAL PAZIENTE

Riconoscere il segnale

Domande aperte, di chiarificazione
e/o commenti riflessivi

Commenti facilitanti per avere più informazioni

INTENSITA' DELLE EMOZIONI

Intensità	 Rabbia	 Contentezza Gioia	 Ansia, Paura	 Tristezza Depressione
 Debole	irritato infastidito innervosito	compiaciuto contento allegro	incerto a disagio apprensivo	triste giù di corda melanconico
 Media	risentito arrabbiato	felice eccitato soddisfatto	preoccupato ansioso turbato	afflitto rabbuiato abbattuto
 Alta	infuriato fuori di me rabbioso	entusiasta esaltato estatico	angosciato terrorizzato spaventato tormentato	devastato schiacciato disperato sconvolto

ANSIA E DEPRESSIONE “NORMALI” E “ANORMALI”

ANSIA NON PATOLOGICA

Risposta adattiva
transitoria a un evento o
una situazione
stressante

DEPRESSIONE NON PATOLOGICA

Risposta adattiva a un
evento di perdita

ANSIA E DEPRESSIONE PATOLOGICHE

- Intensità e durata maggiore
- Indipendenza da stimoli esterni
- Interferenza disorganizzante con il funzionamento normale
- Comportamenti di evitamento

Il General Health Questionnaire (GHQ-12)

- Lista di 12 sintomi indicativi di un disagio emotivo in termini di ansia e depressione.
- Più sintomi sono indicate più alta diventa la probabilità che chi risponde soffra di un disturbo emotivo clinicamente significativo.
- Il GHQ indica ai ricercatori la probabilità di una persona di avere un disturbo emotivo.
- Nel singolo caso la certezza dell'effettiva presenza di un disturbo nel caso singolo deve essere accertata con una intervista clinica specifica.

Capacità predittiva del GHQ-12 nei pazienti della medicina generale a Verona

Pazienti con un punteggio $>$ di 2 hanno una probabilità del
di avere un disturbo emotivo (sensitività) del
83%

Pazienti con un punteggio uguale o $<$ 2 hanno una probabilità di non
avere un disturbo emotivo (specificità) del
66%

DISTURBI EMOTIVI CLINICAMENTE SIGNIFICATIVI E SUBCLINICI NEI PAZIENTI DI MEDICINA

MEDICINA DI BASE VERONA

- Ansia e/o depressione 25%-30%
- Ansia e/o depressione subclinica 25%

OSPEDALE POLICLINICO VERONA

- Ansia e/o depressione 26%
- Ansia e/o depressione subclinica 11.6%

Martucci M., Balestrieri M., Bisoffi G., Bonizzato P., Covre M.G., Cunico L., De Francesco M., Marinoni M.G., Mosciaro C., Piccinelli P., Vaccari L. & Tansella M. (1999). Evaluating psychiatric morbidity in a general hospital. A two-phase epidemiological survey. *Psychological Medicine* 29, 823-832.

Del Piccolo L., Saltini A. & Zimmermann Ch. (1998) Which patients talk about stressful life events and social problems to the general practitioner? *Psychological Medicine* 28, 1289-1299.

ANSIA E DEPRESSIONE NON RICONOSCIUTE E TRATTATE

L'ansia non riconosciuta

- Interagisce con il decorso e l'esito delle malattie attraverso una amplificazione e cronicizzazione dei sintomi somatici o
- porta (in assenza di patologie organiche) a sintomi somatici (disturbi gastro-intestinali e/o respiratori, formicolii, tremori, dolori muscolari)
- fa aumentare le richieste inappropriate di interventi medici, di accertamenti, terapie e ospedalizzazioni
- predice un cattivo adattamento alla malattia e una diminuita qualità di vita

La depressione non riconosciuta

- Amplifica o cronicizza la sintomatologia di patologie esistenti
- può sfociare (in loro assenza) in disturbi somatici (soprattutto dolori)
- è associata con esiti sfavorevoli delle malattie
- predice un cattivo adattamento alla malattia e una diminuita qualità di vita

Le emozioni

Definizione: (dal latino “muovere”) reazione affettiva complessa molto intensa indotta da uno stimolo che provoca dei cambiamenti fisici e psicologici

Caratteristiche:

- Relazione con un evento
- Componente fisiologica/somatica
- Componente psicologica
- Componente comportamentale
- Hanno un oggetto e spesso un destinatario
- Relazione con scopi e credenze

Gravi discussioni con uno stretto familiare	Promozione
Rottura di una relazione stabile	Problemi legali di un familiare stretto
Gravi discussioni con il partner	Miglioramento delle condizioni economiche
Fidanzamento di un figlio	Morte del coniuge
Pensione	Menopausa
Termine degli studi	Grave malattia di un stretto familiare
Trasferimento ad altra nazione	Divorzio
Inizio di una relazione extra-coniugale	Trasloco
Nascita di un figlio per il padre	Processo con azione legale
Gravidanza non desiderata	Multa
Modifiche orario lavorativo	Rottura di fidanzamento
Fidanzamento	Cambiamento di lavoro
Grave insuccesso scolastico	Nascita di un figlio per la madre
Disaccordi sul lavoro	Aborto
Licenziamento	Gravidanza desiderata
Fallimento	Morte di un familiare stretto
Separazione coniugale	Smarrimento di documenti (patente, passaporto)
Cambiamento scuola, università	Nuova persona che entra in casa
Retrocessione	Sostenuto un importante esame
Prigione	Grave malattia fisica
Un figlio va a vivere per conto suo	Morte di un figlio
Matrimonio di un figlio	Perdita o furto di oggetti di valore personale
Matrimonio (convivenza) non approvato di un figlio	
Modificazione sostanziale nelle condizioni di lavoro	

L'adattamento alla malattia

L'adattamento è un processo influenzato da:

- Fattori di rischio
 - Malattia (es. gravità, diagnosi, disabilità)
 - Variabili psicosociali (es. eventi di vita)

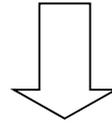
FATTORI PSICOSOCIALI DI RISCHIO

Eventi di vita recenti

Cambiamenti nella vita personale e sociale dell'individuo che devono essere esterni e verificabili piuttosto che interni o psicologici

FATTORI PSICOSOCIALI DI RISCHIO E LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE

ANSIA



Eventi futuri con esito *incerto*

Eventi accaduti o futuri che introducono *cambiamenti*

Eventi di *perdita* accaduti o futuri (perdita reale o simbolica)



DEPRESSIONE

FATTORI PSICOSOCIALI DI RISCHIO

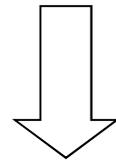
Problemi sociali

Circostanze, condizioni di vita avverse che perdurano nel tempo

- L'abitazione
- Lavoro
- Problemi legali
- Situazione economica
- Relazioni sociali
- Relazioni familiari
- Matrimonio e relazioni sentimentali
- Vita domestica (convivenze, divisione dei compiti, problemi con i figli)
- Salute (malattie croniche, handicap)
- Vivere solo

FATTORI PSICOSOCIALI E LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE

Eventi e problemi sociali



Maggiore probabilità di contrarre
nuove malattie, di avere esiti
sfavorevoli di malattie esistenti
e di incorrere in incidenti.

Eventi di vita e problemi sociali significativi per l'individuo richiedono un adattamento efficace

- Un mancato adattamento causa una esposizione prolungata agli ormoni di stress (catocolamine) inducendo uno stato continuativo di attivazione (*arousal*)
- Alcune conseguenze: aumento di pressione, tensione muscolare e dolori, abbassamenti dei livelli di calcio nel sangue, disturbi dell'alimentazione, amenorrhea, diminuita libido, anoressia, disturbi del sonno, disturbi della memoria e della concentrazione, ansia , invecchiamento precoce

MALATTIE MEDICHE CHE IN STUDI CONTROLLATI DIMOSTRANO UN'ASSOCIAZIONE CON EVENTI E CONDIZIONI DI VITA STRESSANTI

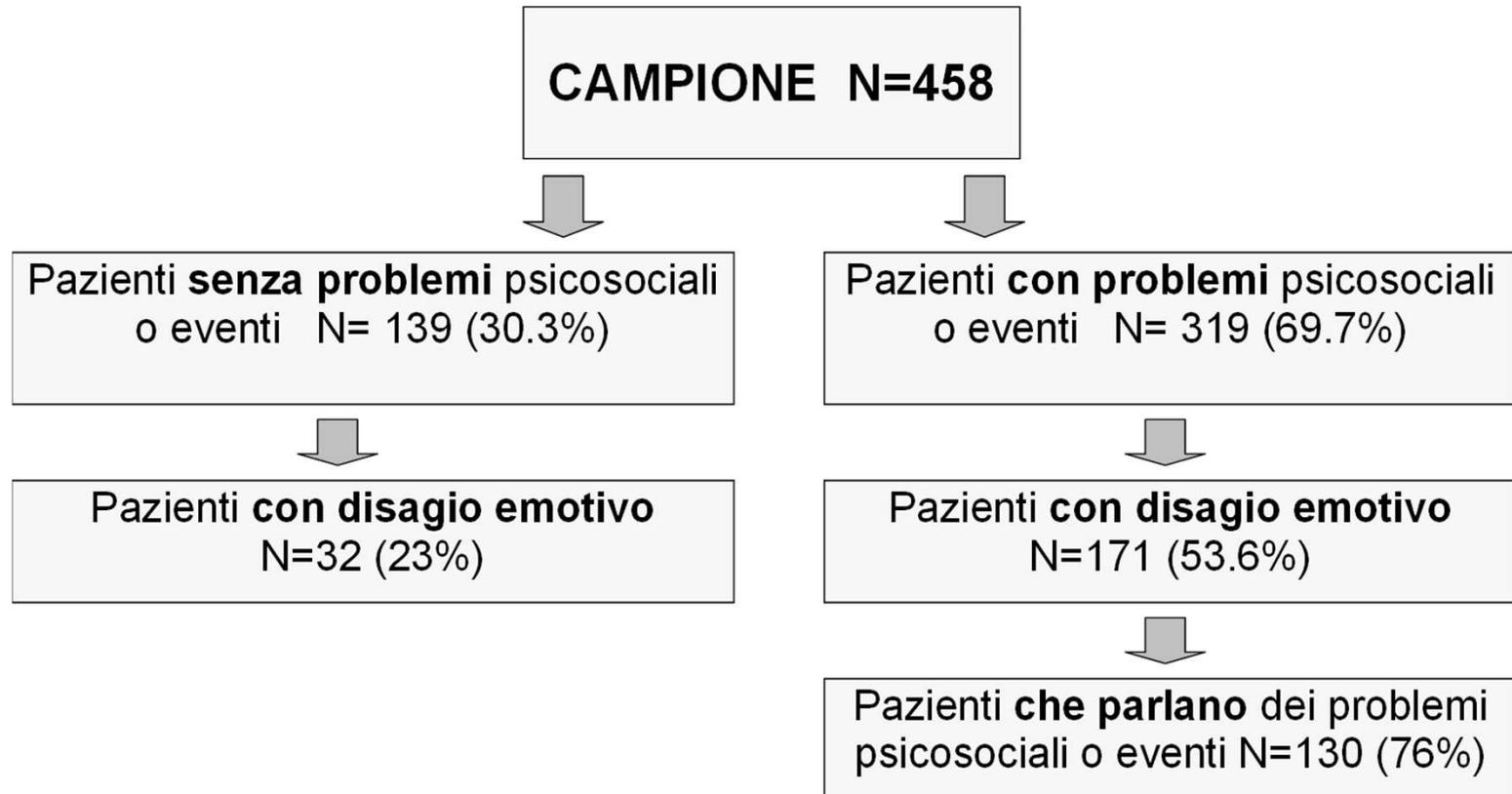
- Asma
- Diabete
- Malattia di Graves
- Malattia di Cushing
- Ulcera peptica
- Amenorrea legata a disfunzioni dell'asse ipotalamo-ipofisi
- Cistite
- Malattie gastrointestinali funzionali
- Infarto del miocardio
- Malattie cardiovascolari funzionali
- Malattie autoimmuni
- Cancro
- Malattie infettive
- Psoriasi, alopecie, orticaria
- Mal di testa
- Malattie cerebrovascolari
- Morte improvvisa

Winsa B. et al (1991) Stressful life events and Graves' disease. **Lancet**, 338, 1475-1479

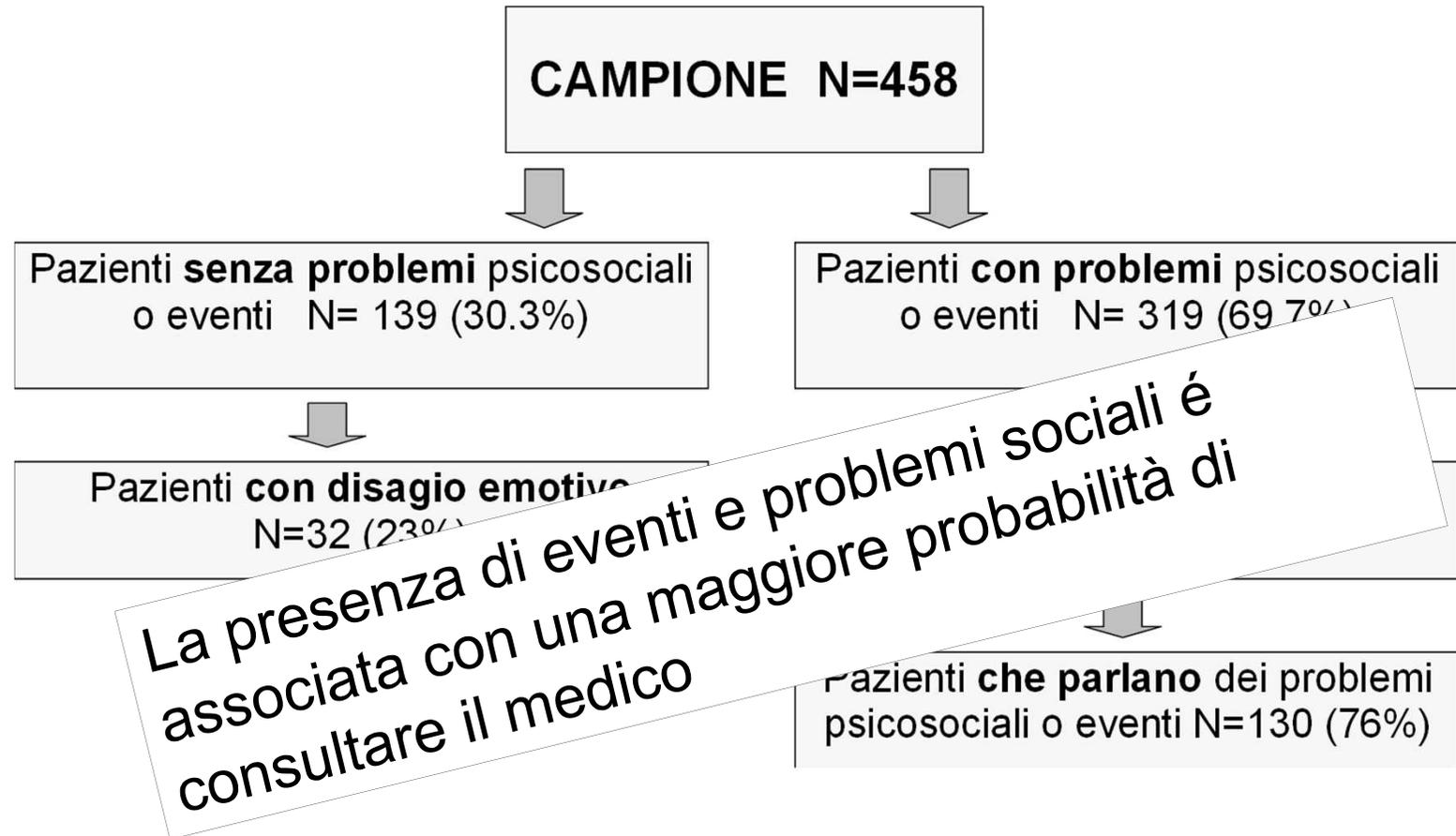
Chrousos GP & Gold PW (1992) The concept of stress and stress system disorders. **JAMA**, 267, 1244-1252

Reichlin S (1993) Neuroendocrine-immune interactions. **N Engl J Med** 329, 1246-1253

FREQUENZA DI PROBLEMI PSICOSOCIALI IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI DELLA MEDICINA DI BASE



FREQUENZA DI PROBLEMI PSICOSOCIALI IN UN CAMPIONE DI PAZIENTI DELLA MEDICINA DI BASE



ATTENZIONE AGLI EVENTI STRESSANTI E AI PROBLEMI PSICOSOCIALI

RICORDARE

- Eventi della vita e problemi sociali sono fattori di rischio per la salute
- Nei pazienti con problemi medici eventi della vita e problemi sociali peggiorano la prognosi

ATTENZIONE AGLI EVENTI STRESSANTI E AI PROBLEMI PSICOSOCIALI

PERCIO'

- Attenzione agli eventi della vita e ai problemi sociali
(un frequente cue)
- Saperne di più
- Indagare il loro impatto emotivo sul paziente
- Identificare gli eventi e problemi sociali che si sono verificati nei mesi precedenti alla visita

Quindi suo figlio é partito militare?"; "Mi sta dicendo che é senza lavoro?"; " Cos'é cambiato per Lei dopo quest'incidente?", "Cosa ha provato o sta provando in questa situazione?"; "Che significa la promozione per Lei?"

"Cos'altro le é successo in questo periodo?", "Quali altri cambiamenti si sono verificati ultimamente?"; "Come mai ha deciso solo adesso di consultare un medico?"

Concetti chiave

Cue

una frase, una espressione verbale o non verbale che suggerisce la presenza di un ostacolo comunicativo (emozione spiacevole) il quale, se non chiarito o esplorato, rimane nascosto.

I “CUE” DEL PAZIENTE SEGNALANO L’AGENDA “NASCOSTA” DEL PAZIENTE (EMOZIONI)

Introduzione **spontanea** di disturbi, sintomi, aspettative, idee, sensazioni, che non sono state ancora esplorate

Espressioni verbali che apparentemente non hanno relazione con quanto riferito fino a quel momento.

Precisazioni, tentativi di spiegazione introdotti spontaneamente dal paziente

Espressioni di disagio introdotte nel contesto di informazioni riguardanti sintomi o disturbi organici

Ritorno a temi già menzionati; ridondanze

Segnali non verbali



Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

PSICOLOGIA CLINICA L'APPROCCIO BIOPSIKOSOCIALE NELLA PRATICA CLINICA

Prof. Christa Zimmermann

Prof. Lidia Del Piccolo

Dr.ssa Claudia Goss

Dr.ssa Michela Rimondini

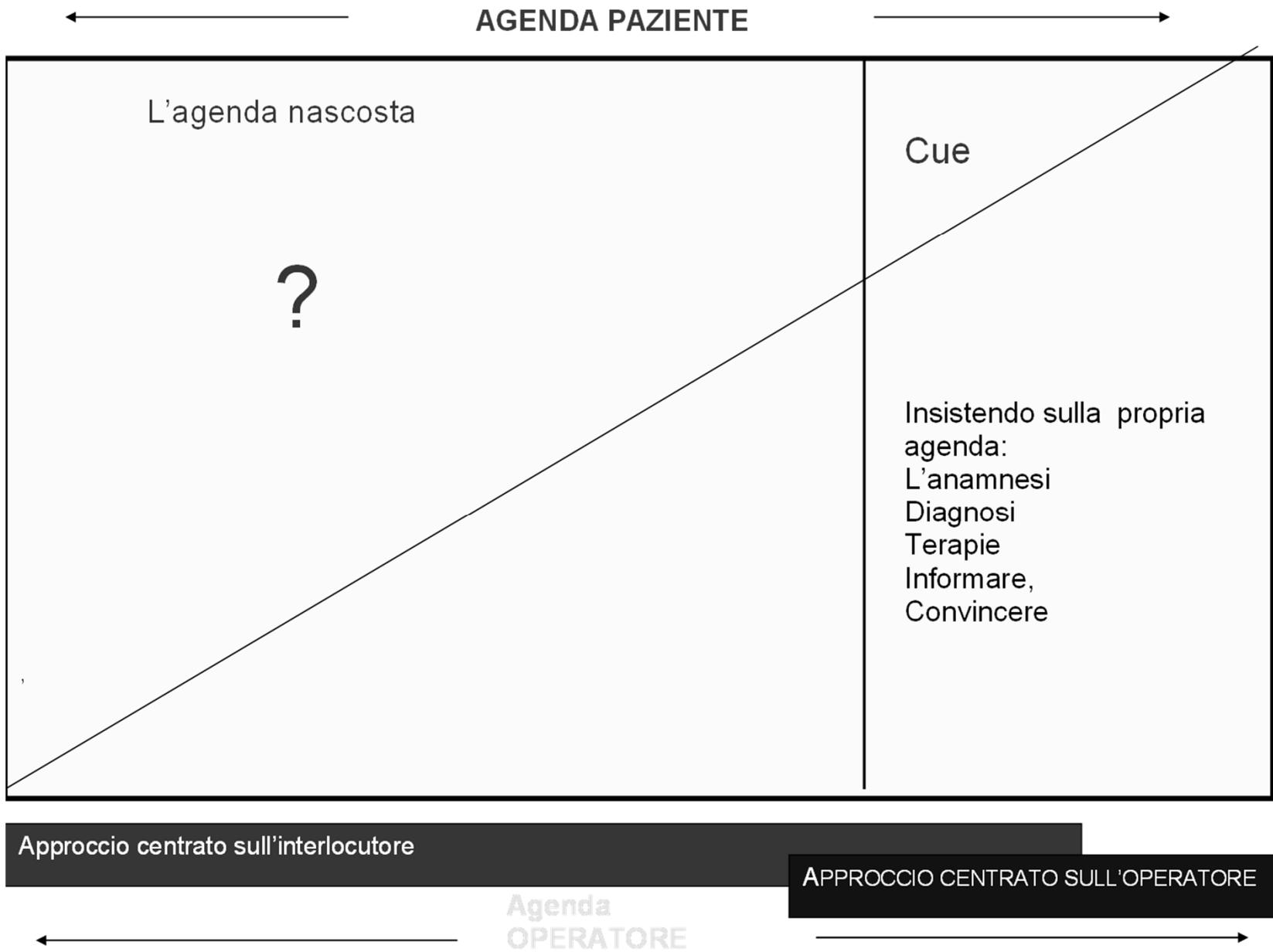
Tel. 045 8124441

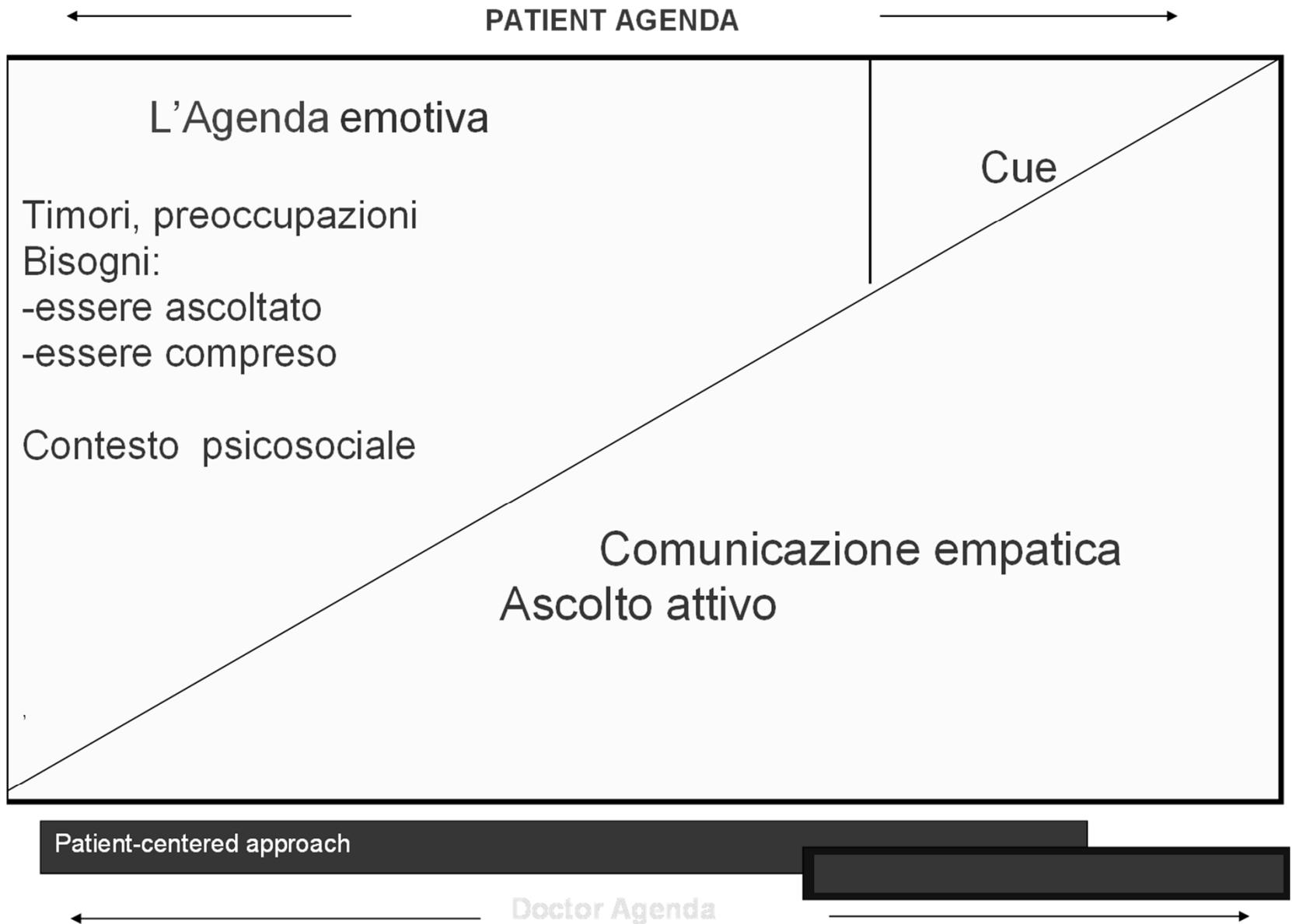
6,13 e 20 marzo, 3,10 e 17 aprile, 15 e 22 maggio 2013
Ore 10.15 -11.45

AULA C – ISTITUTI BIOLOGICI

I temi di oggi

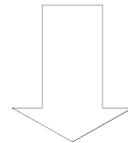
- L'agenda emotiva del paziente
 - Ascolto attivo – Comunicazione empatica
- L'adattamento alla malattia
 - Fattori di mediazione
- Il process model of stress and coping
- Relazioni medico paziente «difficili»





Empathic communication

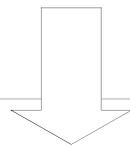
“A provider’s cognitive capacity to understand a patient’s needs, effective sensitivity to a patient’s feelings and a behavioural ability to convey empathy”
(Feighny *et al.*, 1995, p. 435)



Abilità cognitive, affettive e comportamentali

Comunicazione empatica

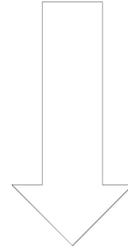
- Riconoscere e utilizzare i “cue” con i quali il paziente segnala emozioni
- Facilitare l'espressione di emozioni
- Rispondere alle emozioni e alle preoccupazioni
- Far sentire l'interlocutore compreso e sostenuto



Ascolto attivo

Ascolto Attivo

Tecniche di provata efficacia



Commenti riflessivi, Sintesi, Domande aperte centrate sulle emozioni, Commenti empatici, Legittimazioni

Ambulatorio

Paziente con diagnosi di ulcera (1)

Paziente : Non sto bene.. Non vedo nessun miglioramento con le vostre terapie che mi avete prescritto. E' sicuro che siano quelle giuste?

Medico: Dovrebbe aspettare un pò, gli effetti della terapia si vedono solamente a distanza di tempo.

Paziente: Non c'è una terapia più giusta per i miei dolori?

Medico..... Signora, è sicura che ha preso la terapia all' orario stabilito ? Una pillola dopo i pasti ?

Paziente : Certo, cosa crede!

Medico: Diamoci ancora un po' di tempo . Al prossimo appuntamento rivaluteremo la situazione

La paziente non si presenta al prossimo appuntamento

Commento riflessivo

“ Non vede nessun miglioramento..... “

“ Si chiede se le terapie siano quelle giuste... “

Sintesi

“ Le terapia prescritte secondo lei non hanno migliorato i dolori e quindi si chiede se fossero quelle giuste (1) “

Domanda aperta che esplora le emozioni segnalate

“Come si è sentito quando dopo due settimane di terapia non ha visto ancora nessun miglioramento ? “

Commento empatico

«Deve sentirsi deluso visto che la terapia sembra non aver avuto effetto»

Legittimazione

«Quando le cure sembrano di non funzionare, è comprensibile pensare che non siano quelle giuste»

L'ADATTAMENTO ALLA MALATTIA

L'ADATTAMENTO ALLA MALATTIA

L'adattamento è un processo influenzato da:

- Fattori di rischio
 - Malattia e cure (es. gravità, diagnosi, disabilità)
 - Conseguenze psicosociali di malattia e cure
 - Variabili psicosociali (es. eventi di vita)
- Fattori di mediazione

I FATTORI DI MEDIAZIONE

Fattori che mediano gli effetti dei fattori di rischio (malattia e cure, eventi, problemi sociali) sulla salute fisica e psichica e sul funzionamento sociale

LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

La vulnerabilità psicofisica rispetto ad eventi e circostanze stressanti varia da persona a persona

Molte persone con problemi sociali notevoli e con molti eventi anche gravi non si ammalano, non hanno incidenti e non si scompensano da un punto di vista emotivo

Da quali fattori può dipendere questa vulnerabilità?

Fattori che mediano gli effetti dei fattori di rischio (eventi , problemi sociali) sulla salute fisica e psichica e sul funzionamento sociale

Le risorse sociali

- l'aiuto ed il supporto materiale e psicologico da parte della famiglia del partner e degli amici
- disponibilità economiche
- l'accesso a informazioni e servizi

Le risorse personali

- abilità, capacità ed intelligenza,
- convinzioni
- esperienze
- caratteristiche di personalità
 - l'autostima
 - tenacia
 - indipendenza
 - fiducia in sé
 - stabilità emotiva
 - ottimismo

LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

Il supporto sociale

Un legame con persone che forniscono in occasioni di crisi un aiuto pratico materiale, un sostegno emotivo, informazioni, consigli, strategie per affrontare i problemi

Caratteristiche

Supporto di stima

- Supporto informativo
- Supporto strumentale
- Relazioni sociali

Due ipotesi sull'effetto del supporto sociale

- Ipotesi dell'effetto principale:
- Ipotesi del “ *stress buffering model*”

LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

Il supporto sociale

Un legame con persone che forniscono in occasioni di crisi un aiuto pratico materiale, un'informazione, consigli, strategie p

Ipotesi dell'effetto principale

Caratteristiche

I benefici del supporto sociale si manifestano durante i periodi di stress intenso e sono irrilevanti in periodo di poco stress

orto di stim
orto inform
orto strum
zioni social

Supporto sociale ha un effetto positivo sulla salute fisica e psicologica indipendentemente da eventi o situazioni stressanti

Due ipotesi sull'effetto del supporto sociale

- Ipotesi dell'effetto principale:
- Ipotesi del “ *stress buffering model*”

LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

- La mia salute risente più che altro di quello che io faccio.
- Riesco ad occuparmi del mio stato di salute in modo soddisfacente.
- Quando non sto bene consulto un medico di mia fiducia.
- Regolari check-up sono importanti per stare in buona salute.
- Se mi ammalo dipende dal mio comportamento.
- Sono responsabile del mio stato di salute.
- Se devo ammalarmi, mi ammalo indipendentemente da quello che faccio.
- Quando sono ammalato, la rapidità della guarigione dipende in gran parte dalla fortuna.
- Se mi dovessi ammalare sarà destino.
- La mia buona salute è questione di fortuna.
- Se mi ammalo i medici sapranno fare il loro mestiere.
- Quando guarisco da una malattia è perché altre persone si sono prese cura di me.

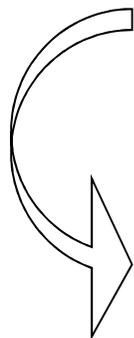
L'adattamento alla malattia

I fattori di mediazione

Locus of control

È il modo in cui gli eventi vengono percepiti :

- dipendenti dalla propria volontà
(locus interno)
- indipendenti dalla propria volontà
(locus esterno)

 Condiziona i comportamenti del soggetto rispetto a:

- Salute (prevenzione)
- Sintomi
- Cura e trattamento successivo alla diagnosi

LA VULNERABILITÀ INDIVIDUALE E I FATTORI DI MEDIAZIONE

Health Locus of Control

- indica la convinzione che la salute è determinata o non è determinata dal proprio comportamento a secondo che il “luogo di controllo” sia rispettivamente interno o esterno.

I FATTORI DI MEDIAZIONE

Nello studio della salute la percezione di controllo costituisce uno dei processi più importanti e diffusi.

Effetti sulla salute:

- Diretto → la perdita di controllabilità degli eventi è la caratteristica principale che differenzia gli stressors dagli eventi più neutri
- Indiretto → l'adozione di comportamenti sani

Molti concetti esistenti in letteratura fanno riferimento alla percezione di controllo:

Locus of control (Rotter, 1966)

Mastery (Pearlin e Schoder, 1978)

Self-efficacy (Bandura, 1986)

Hardiness (Kobasa, 1979)



I FATTORI DI MEDIAZIONE

Caratteristiche di chi ha un *locus of control* interno

- Adotta comportamenti che favoriscono la salute
- Ricerca attivamente strumenti, conoscenze e mette in atto strategie che permettono di affrontare le situazioni e i problemi
- Collaborare attivamente al trattamento e alla cura.
- Ritienere che ciascun problema possa essere risolto o perlomeno analizzato e che ciascun obiettivo sia raggiungibile (con le risorse adeguate).
- Crede nei propri potenziali, si attiva per aumentarli e svilupparli

I FATTORI DI MEDIAZIONE

Caratteristiche di chi ha un *locus of control* esterno

- Sente gli eventi come imprevedibili
- Dipende dagli altri (es.: "come si fa...") anziché attivarsi nella ricerca autonoma di soluzioni
- Ritiene che le variabili esterne da controllare siano eccessive e opprimenti rispetto alle proprie capacità, per cui si sente impotente rispetto agli eventi;
- Attribuisce i risultati negativi al destino o agli altri
- Perdere rapidamente la motivazione, a fronte di ostacoli e difficoltà

HEALTH LOCUS OF CONTROL

Il luogo del controllo può cambiare secondo il contesto, le circostanze e secondo le fasi della malattia

IL MODELLO BIOPSIKOSOCIALE DELLE MALATTIE

- Valutazione contemporanea della dimensione biomedica, psicologica e sociale della malattia o dei sintomi del paziente
- Gestione e utilizzazione di queste variabili a beneficio del paziente.

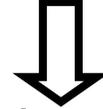
Approccio centrato sul medico



L'attenzione selettiva per dati biomedici



L'ignorare dati psicosociali



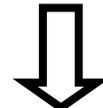
Focus clinico prematuro



Verifiche premature di ipotesi cliniche specifiche



Il non considerare le informazioni biomediche del paziente non compatibile con l'ipotesi clinica



Mancato riconoscimento di segnali verbali e non verbali del paziente di un disagio emotivo

Maggiore efficacia dell'intervista quando l'operatore sa

- come ottenere informazioni
- quale informazione è rilevante e dovrà essere approfondita
- come procedere quando l'informazione rilevante è stata ottenuta

L'importanza di un modello di riferimento

Requisiti

- basato su conoscenze ed evidenze scientifiche.
- guida il medico nelle sue osservazioni, lo aiuta nel comprendere il loro significato, gli indica quali informazioni fornite dal paziente sono da approfondire e quali no, e gli suggerisce la direzione degli interventi successivi.

*Process Model of Stress and
Coping*

Lazarus and Folkman 1984

Process Model of Stress and Coping

Lazarus and Folkman 1984

Malattia (*illness*)

- un evento di vita stressante che determina una crisi che deve essere affrontata e possibilmente risolta
- richiede dal paziente un processo di adattamento

Minacce rappresentate dalla malattia (1)

- Minacce alla vita, timore di morire

- Minacce all'integrità fisica e al benessere
 - lesioni o invalidità, deturpazioni permanenti
 - dolore, disagio
 - menomazioni
- Minacce alla vita, timore di morire

- Minacce all'immagine di sé e ai progetti per il futuro
 - necessità di modificare il concetto di sé o il proprio sistema di valori
 - incertezza circa il decorso della malattia e circa il proprio futuro
 - pericolo per gli obiettivi e i valori della vita
 - perdita di autonomia e del controllo

Minacce rappresentate dalla malattia (2)

- Minacce al proprio equilibrio emotivo

- Minacce alla realizzazione dei normali ruoli e impegni sociali
 - separazione dalla famiglia, dagli amici e da altri sostegno sociali
 - perdita di ruoli sociali
 - necessità di dipendere da altri

- Minacce implicite nel bisogno di adattarsi a un nuovo ambiente fisico o sociale
 - adattamento all'ambiente ospedaliero
 - difficoltà nel relazionarsi e comprendere il personale sanitario
 - necessità di prendere delle decisioni in condizioni non familiari o stressanti

ADATTAMENTO ALLA MALATTIA

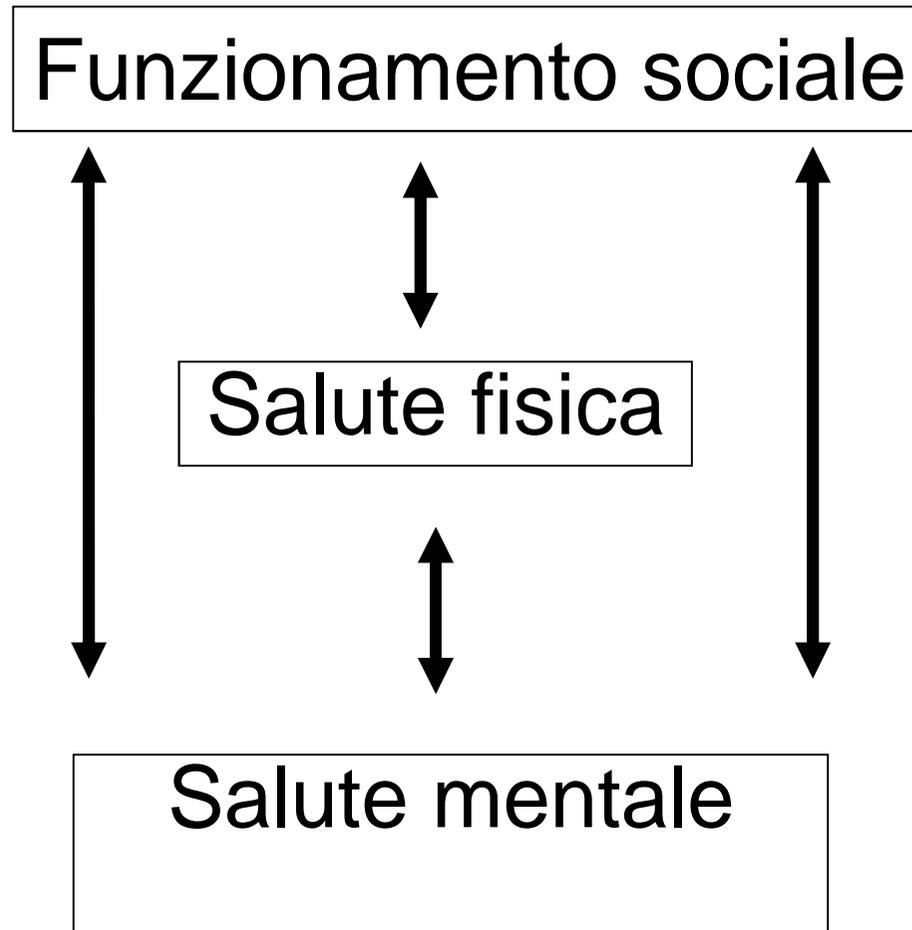
Compiti di adattamento

1. Affrontare la malattia (il dolore, l'inabilità, un futuro incerto)
Affrontare il trattamento e le terapie
Sviluppare rapporti soddisfacenti con l'équipe curante

2. Accettare i cambiamenti nella vita personale che la malattia ha provocato

3. Mantenere l'autostima e l'identità personale, fiducia e speranza
Mantenere un ruolo (familiare, lavorativo, sociale)
Mantenere rapporti interpersonali gratificanti

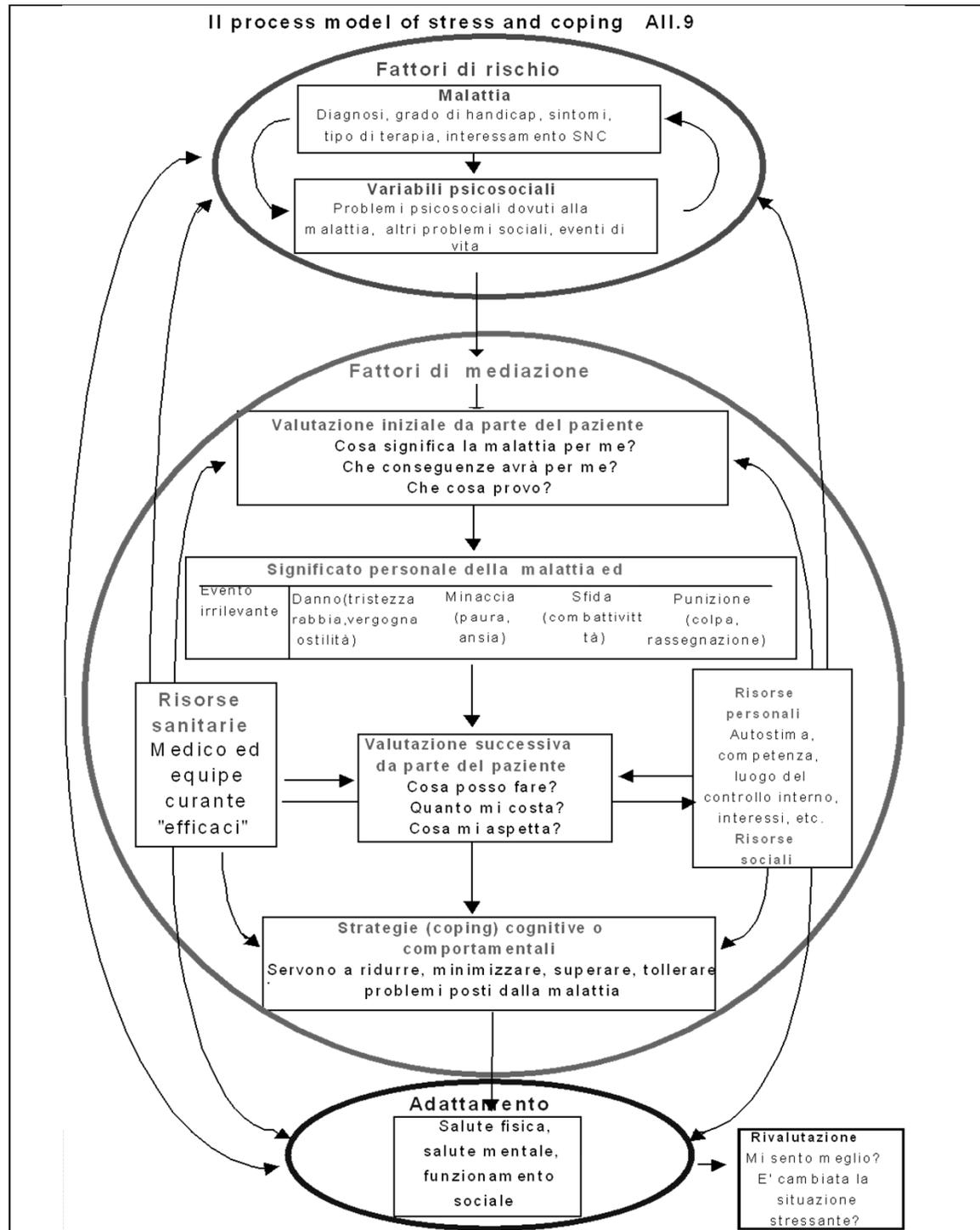
ADATTAMENTO ALLA MALATTIA



La gravosità dei compiti di adattamento è determinata dai

- fattori di rischio (gravità, caratteristiche della malattia e della cura, le loro complicazioni psicosociali, l'eventuale co-presenza di altri eventi e problemi sociali.
- fattori che mediano gli effetti dei fattori di rischio sull'adattamento finale, aumentandone o riducendone l'impatto.

Il process model of stress and coping All.9





PROCESS MODEL OF STRESS AND COPING

Stress psicologico: un particolare rapporto tra la persona e l'evento, il quale è valutato dalla persona come gravoso, o superiore alle proprie risorse e minaccioso per il proprio benessere

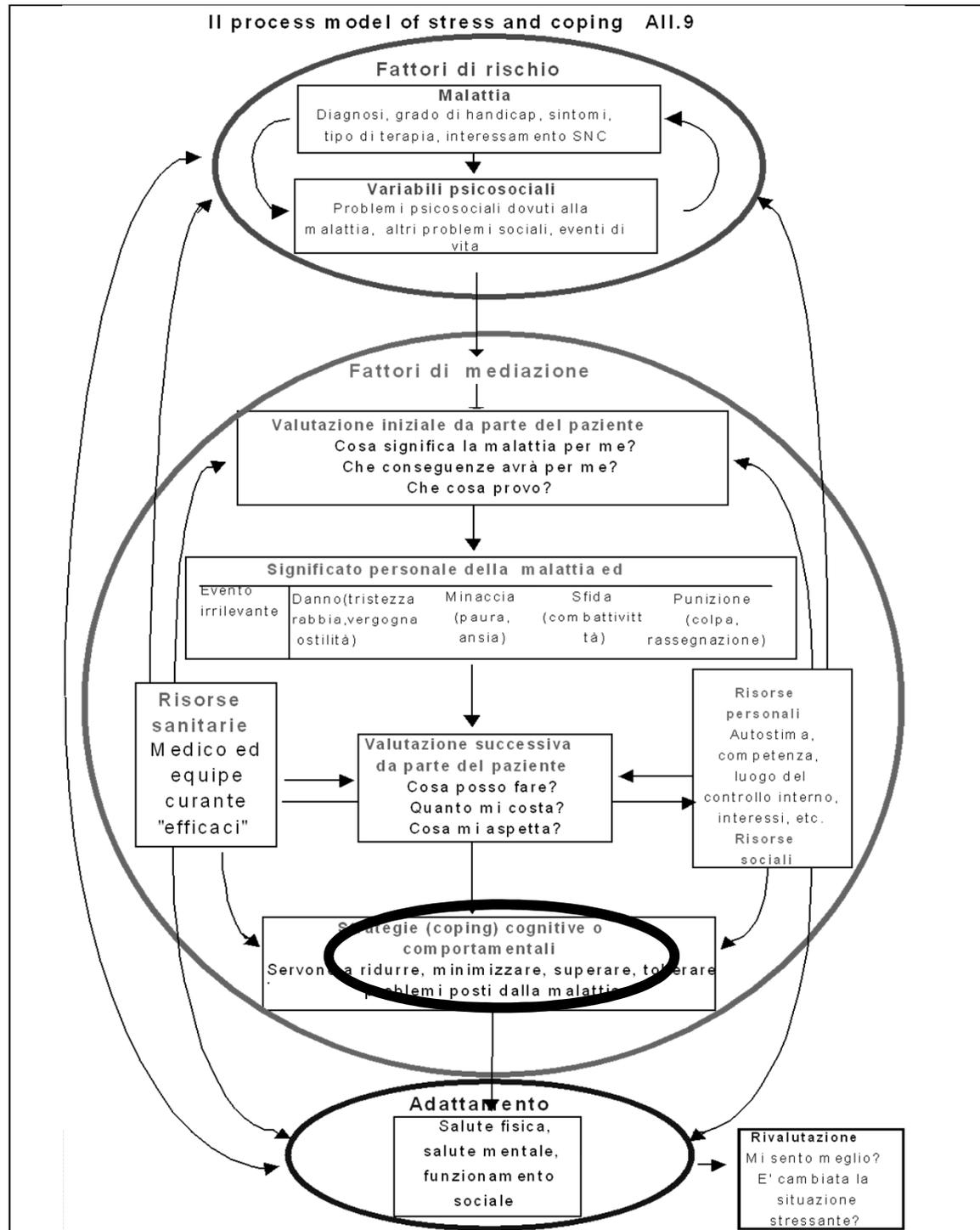
Valutazione: il processo mediante il quale si dà un significato personale ad un determinato evento valutando la minaccia per il proprio benessere e i mezzi disponibili per affrontare e temperare questo senso di pericolo. La valutazione si accompagna sempre ad uno stato emotivo. E' influenzata da fattori situazionali e personali.

PROCESS MODEL OF STRESS AND COPING

COPING

- Tentativi che variano di continuo, sia intrapsichici che volti all'azione, per controllare gli eventi valutati come gravosi o superiore alle proprie risorse
- Un processo o una interazione complessa e continua tra l'individuo ed il suo ambiente
- La massima mobilitazione possibile delle forze per ridurre, minimizzare, superare o tollerare quelle richieste, imposte dalla malattia, che vengono valutate penose o comunque eccessive rispetto alle risorse personali e sociali disponibili.

Il process model of stress and coping All.9



STRATEGIE PER AFFRONTARE EVENTI SPIACEVOLI

Tentare di

- cambiare la situazione
- cambiare il significato dell'evento o la situazione
- controllare lo stress controllando se stessi

PROCESS MODEL OF STRESS AND COPING

Il modello é dinamico

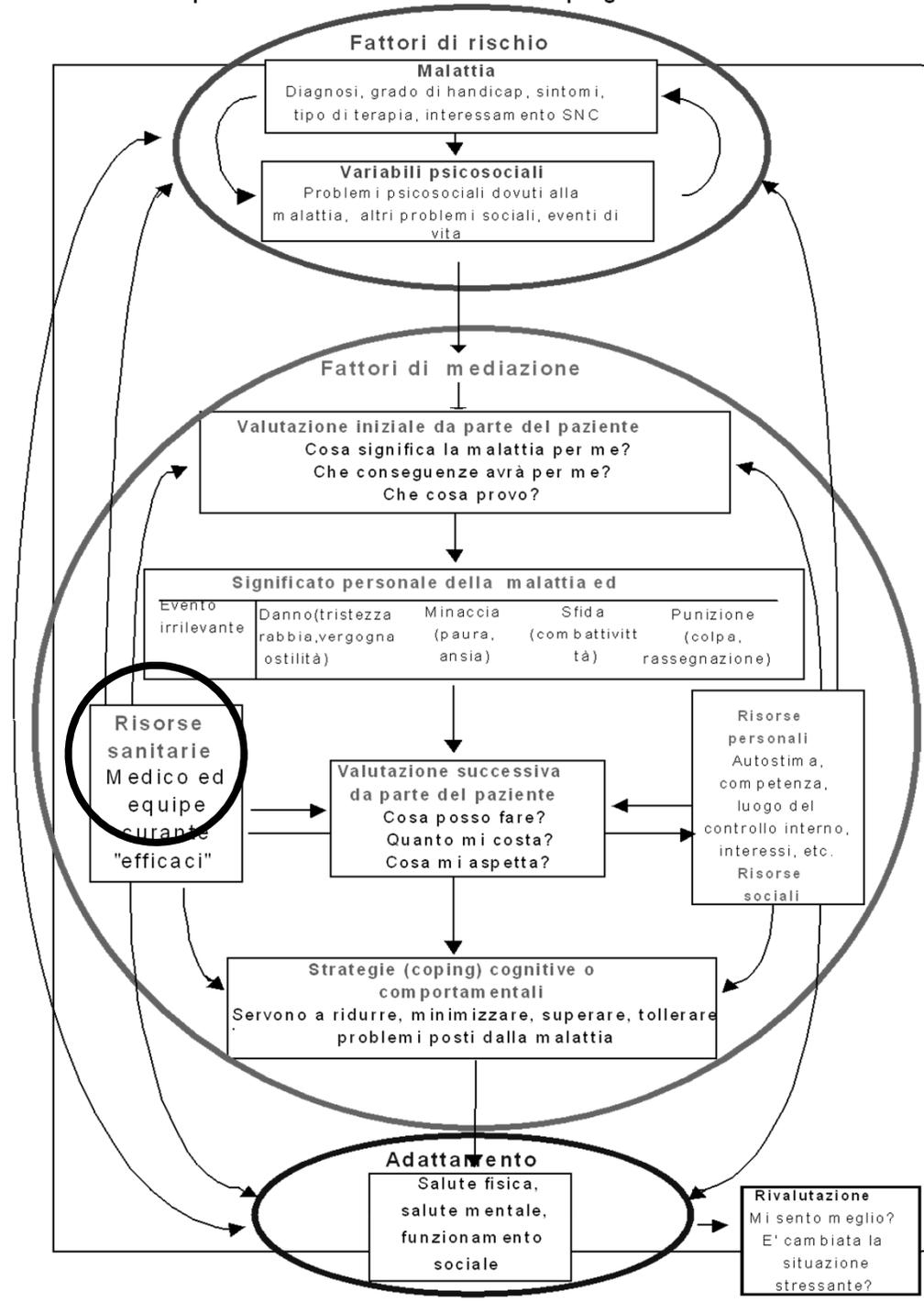
Il significato della malattia e le modalità di coping cambiano secondo

- i risultati ottenuti
- i cambiamenti rispetto a salute, eventi, disponibilità risorse

Le strategie adoperate mediano gli effetti della malattia e dei suoi aspetti stressanti sulla salute

Questo meccanismo spiega la notevole variabilità inter-individuale nell'esito che nelle pratica clinica si possa osservare in pazienti con patologie organiche identiche

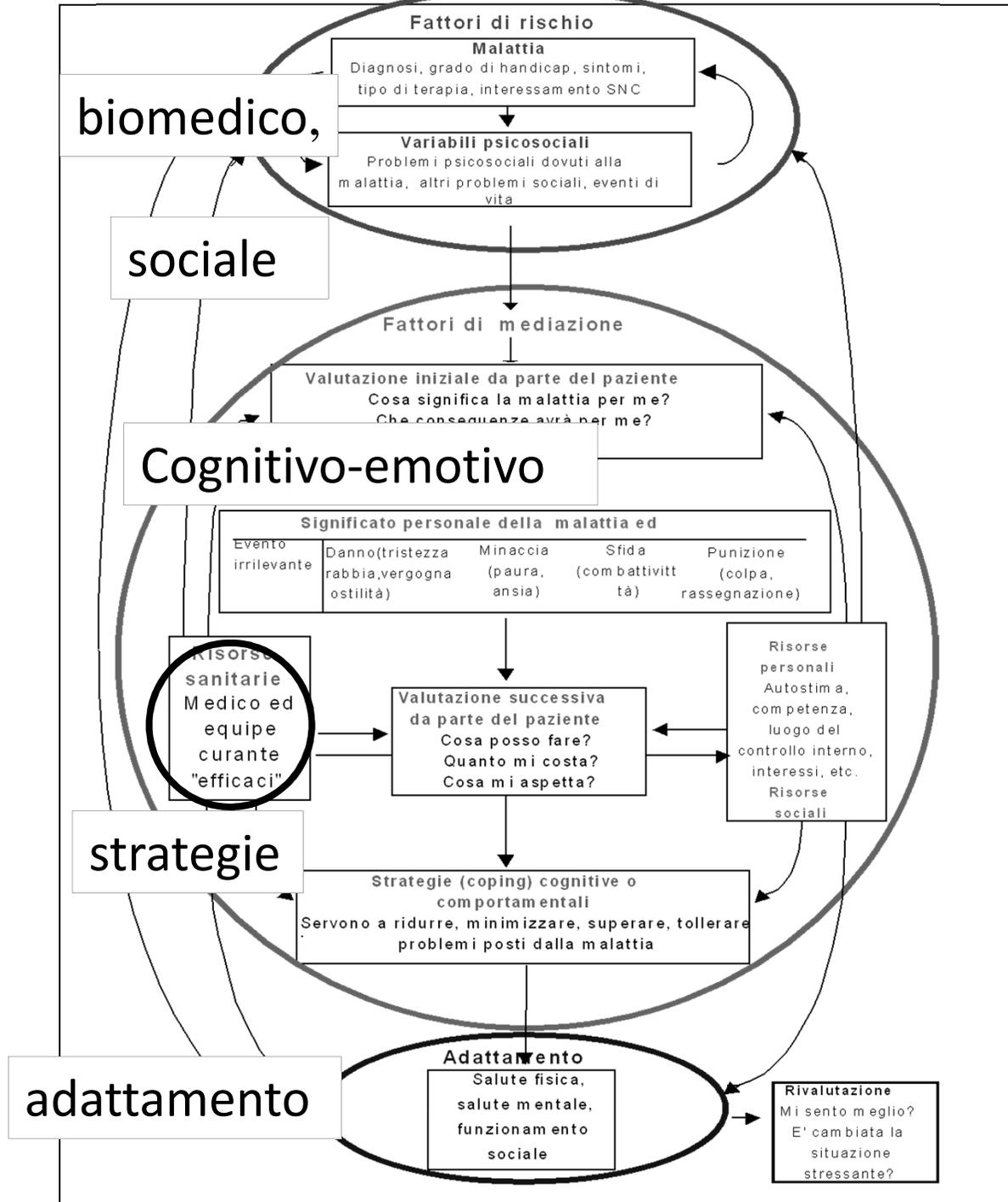
Il process model of stress and coping All.9

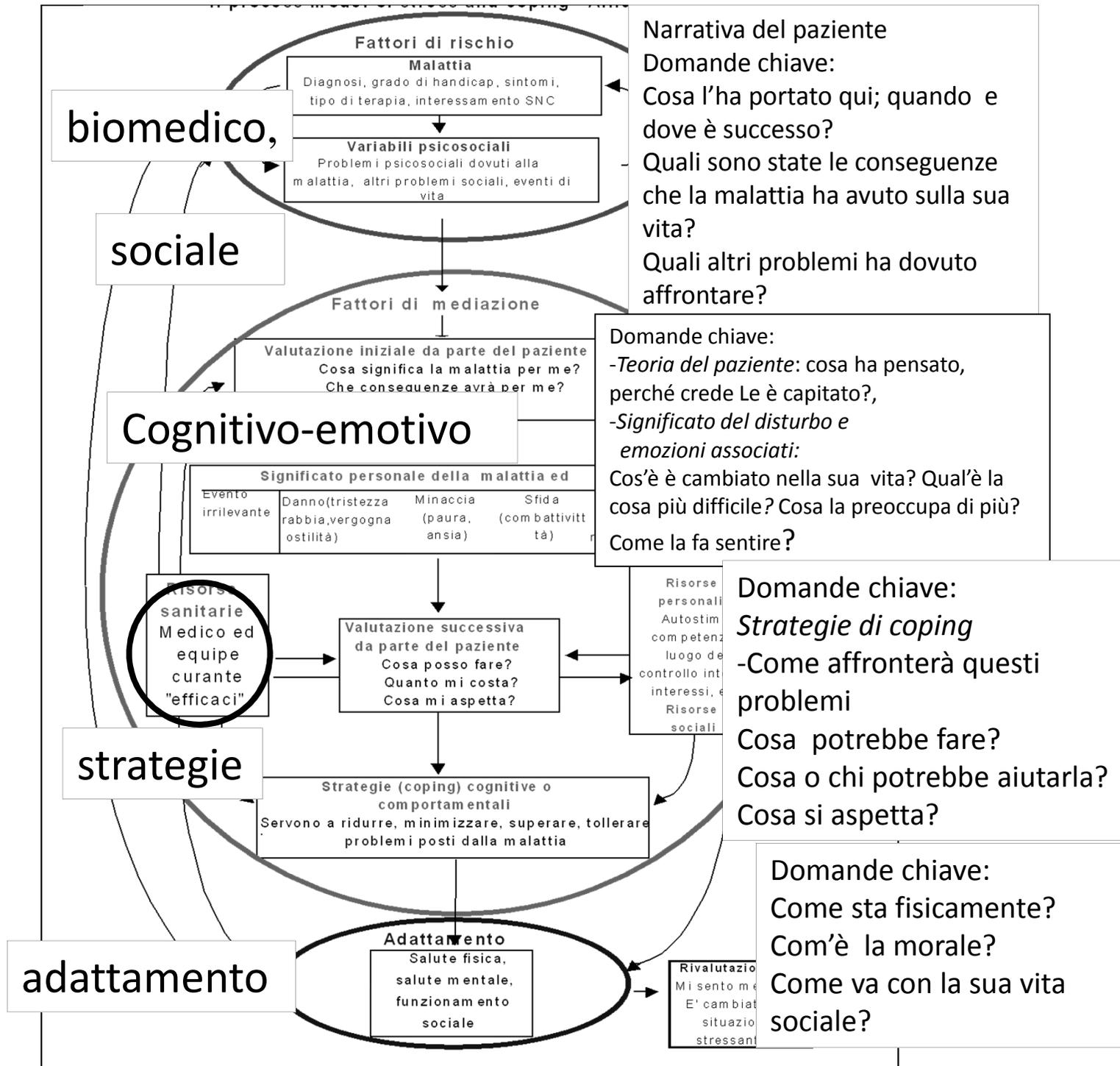


Il medico: risorsa centrale per il paziente per ottenere il miglior esito possibile della malattia
Incide direttamente o indirettamente a livello

- biomedico,
- sociale (conseguenze psicosociali della malattia, risorse sociali),
- emotivo e cognitivo (valutazione da parte del paziente, significato personale della malattia ed emozioni associate),
- delle strategie (coping) e dell'adattamento

Per sfruttare queste possibilità deve essere in possesso delle informazioni che riguardano i vari livelli del modello
(approccio centrato sul paziente)





Una cornice di riferimento che facilita l'intervista centrata sul paziente, l'identificazione dei problemi e il "case management" (1)

- Basato su evidenze scientifiche

- Chiarisce i meccanismi attraverso i quali gli eventi di vita, i problemi sociali, le caratteristiche della malattia, le risorse personali e sociali, le emozioni contribuiscono alla salute del paziente

- aiuta a dirigere l'attenzione del medico ai *cue* del paziente e da essi alle informazioni psicosociali che emergono

- Definisce in modo operativo l'approccio biopsicosociale all'intervista medica

Una cornice di riferimento che facilita l'intervista centrata sul paziente, l'identificazione dei problemi e il "case management" (1)

- Definisce quali sono le informazioni psicosociali rilevanti da ottenere dal paziente

- Aiuta il medico a esplorare il contesto psicosociale dei sintomi, legando le domande psicosociali ai sintomi presentati

- Ricorda il medico di identificare le emozioni quando il paziente menziona eventi o problemi stressanti e di identificare le situazioni o eventi associati quando il paziente esprime emozioni.

- Facilita il riconoscimento del disagio emotivo del paziente

Una cornice di riferimento che facilita l'intervista centrata sul paziente, l'identificazione dei problemi e il "case management" (2)

- Il concetto di coping dirige l'attenzione del medico e del paziente a potenziali risorse e promuove nel paziente il senso di controllo.

- Il concetto di processo aiuta a pensare in termini longitudinali e a valutare il paziente in relazione a cambiamenti passati, presenti e futuri

- Aiuta il medico a riconoscere pazienti a rischio di un esito compromesso e di prendere misure preventive rintracciando eventi e situazioni critiche e esplorando le risorse disponibili.

- Favorisce un approccio alla cura basato sulla soluzione dei problemi

- Aumenta la soddisfazione del paziente e del medico e la collaborazione del paziente

Normali risposte alla crisi dovuto al cancro

(adattato da Massie & Holland, 1989)

	Tipo di risposta	Sintomi	Intervallo di tempo
1 fase	Risposta iniziale	Incredulità, negazione (“diagnosi sbagliata”), “hanno scambiato i campioni” oppure Disperazione (“lo sapevo”, non serve iniziare un trattamento”)	Meno di una settimana
2 fase	Disforia	Ansia, depressione, anoressia, insonnia, scarsa concentrazione, interruzione delle attività giornaliere	Da 1 a 2 settimane
3 fase	Adattamento	Disponibilità a nuove informazioni Confronto con i problemi, ricerca di motivi per essere ottimisti, ripresa, nuova attività (progetti di trattamento, altri obiettivi)	Dopo circa 2 settimane

Modalità del paziente oncologico di far fronte alla malattia

Efficaci

- Si confronta con la realtà, cerca informazione
- Impara a prendersi cura di sé
- Continua a cercare di realizzarsi; la vita ha un obiettivo; minima disorganizzazione
- Mantiene una buona autostima, autocontrollo ed integrità personale, partecipa alle decisioni
- Considera possibili alternative per risolvere il problema
- Cerca e usa risorse

Inefficaci

- Evita la realtà; uso continuo della negazione
- Rifiuta di prendersi cura di sé
- Regredisce; è insoddisfatto, ansioso, a disagio; il comportamento è rigido o imprevedibile
- Rinuncia al controllo; lascia decidere gli altri; autostima ridotta
- Resiste al cambiamento
- Scarso o nessun uso di risorse; si isola dagli altri

Alcune strategie di coping

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

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

Risoluzione

Com'è andata fino ad ora?

- Non affatto bene
- Sollievo incerto
- Sollievo limitato, ma sta un po' meglio
- Molto meglio, problema risolto.



Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona

PSICOLOGIA CLINICA L'APPROCCIO BIOPSIKOSOCIALE NELLA PRATICA CLINICA

Prof. Christa Zimmermann

Prof. Lidia Del Piccolo

Dr.ssa Claudia Goss

Dr.ssa Michela Rimondini

Tel. 045 8124441

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

AULA C – ISTITUTI BIOLOGICI

I temi di oggi

- Studio multicentrico Ghent, Utrecht, Liverpool , Verona (GULiVer)
- Relazioni medico paziente «difficili»
 - Il paziente arrabbiato
 - Disaccordo su diagnosi e terapia
 - Non adesione

Progetto GULiVer

Gent, Utrecht, Liverpool, Verona

How to make the medical consultation more successful from a patient's perspective? Tips for doctors and patients from lay people in the United Kingdom, Italy, Belgium and the Netherlands

Patient Educ Couns. 2011 Sep;84(3):287-93

Consigli per i medici



Prima della visita

Chi verrà oggi in ambulatorio?

- Preparatevi alla visita; informatevi su chi sta per entrare e qual'era la sua condizione medica precedente
- Informatevi del contesto culturale del paziente
- Evitate pregiudizi e siate aperti
- Scrivete sulla parete della sala d'attesa la frase: "Cosa vi aspettate dalla visita?": per incoraggiare i pazienti a pensarci prima di entrare

Consigli per i pazienti



Prima della visita

Cosa vorreste dal vostro medico?

- Consultate il medico in caso di necessità, ma non usatelo come sostituto della vostra vita sociale
- Preparatevi bene:
 - tenete un diario dei vostri sintomi
 - prendete nota delle domande che vorreste fare
 - riflettete su cosa vi aspettate
 - ricordatevi i farmaci che state prendendo
- Portate un accompagnatore se pensate di aver bisogno di supporto
- Rispettate gli appuntamenti!

Consigli per i medici



Durante la visita

Ascoltate e prendete il paziente seriamente

- Presentatevi ai pazienti nuovi
- Mostrate ai pazienti che sono benvenuti
- Stabilite e mantenete il contatto visivo
- Ascoltate e non interrompete il paziente
- Mostrate partecipazione e empatia
- Prestate attenzione agli aspetti psicosociali
- Prendetevi tempo; non mostrate di aver fretta
- Trattate i pazienti come persone e non come un insieme di sintomi
- Prendete il paziente seriamente
- Siate franchi senza essere bruschi
- Evitate termini troppo tecnici; controllate che il paziente abbia compreso
- Riconoscete i vostri limiti, abbiate chiaro quando un paziente deve essere inviato allo specialista
- Concordate con il paziente le cose da discutere
- Evitate interruzioni, causate dal computer o dal telefono

Consigli per i pazienti



Durante la visita

Siate sinceri e ponete domande

- Prendete nota se pensate sia utile
- Siate franchi rispetto al vostro problema medico; non esagerate, né minimizzate i sintomi e non sentitevi in imbarazzo
- Raccontate al medico cosa avete già fatto per migliorare i sintomi, includendo i farmaci da banco o le medicine complementari (omeopatiche)
- Siate assertivi: dite al medico cosa vi aspettate
- Chiedete chiarimenti se qualcosa non vi è chiaro
- Riferite situazioni sociali o psicologiche se rilevanti
- Informatevi sui benefici, effetti collaterali e altre opzioni
- Chiedete cosa potete fare per voi stessi
- Siate realistici, non aspettatevi miracoli
- Ricordatevi che altri pazienti sono in attesa di essere visitati
- Non uscite prima di essere soddisfatti del programma terapeutico o chiedete un nuovo appuntamento

Consigli per i medici



Lo studio GULiVer

Dopo la visita
Non lasciate perdere

- Date sempre ai pazienti i risultati degli accertamenti anche se sono nella norma
- Date ai pazienti precise istruzioni su cosa fare in particolari circostanze
- Fornite una chiara disponibilità per contatti e-mail
- Offrite altre fonti di informazioni, incluse le pagine web o i depliant

Consigli per i pazienti



Dopo la visita
Assumetevi le vostre responsabilità

- Seguite il programma terapeutico concordato
- Informate il vostro medico sull'esito delle terapie (si può fare via e-mail)
- Raccogliete ulteriori informazioni da fonti qualificate e affidabili
- Rispettate la vita privata del vostro medico
- Trovate un altro medico se non siete soddisfatti, ma prima riferitegli il vostro malcontento

Il paziente “difficile”

Il problema

5% dei pazienti della Medicina Generale sono ritenuti “difficili” (range 1-20%)

Caratteristiche

- disturbo psichico (67% versus 25%)
- disturbi somatoformi; attacchi di panico; distimia; ansia generalizzata; depressione maggiore; abuso di alcool o altre forme di dipendenza
- Disabilità funzionale
- Alta frequenza di visite (2.4 versus 1.5)
- Bassa soddisfazione verso il servizio offerto

(Hahn et al., 1996; J Gen Intern Med 11,1-8)

Il medico del paziente “difficile”

- Variabili che spiegano la proporzione diversa di pazienti “difficili” tra medico e medico
- Carico di lavoro
- Soddisfazione con il lavoro
- Formazione nel *counselling* e nelle tecniche comunicative
- Qualificazioni post laurea

Schemi ricorrenti

- Non ascolta
- Protesta e obietta
- Provoca
- Verbalmente ostile
- Diffidente
- Rassegnato
- Sospettoso
- Non collabora
- Non prende le medicine prescritte
- Insoddisfatto con il trattamento
- Non mostra rispetto
- Non segue le regole
- Non accetta suggerimenti e consigli
- Ha attese irrealistiche

Schemi ricorrenti

- Non ascolta
- Protesta e obietta
- Provoca
- Operatore sanitario
- Impotente, frustrato, irritato, imbarazzato, arrabbiato, umiliato
- R "angry helplessness"
- Sospettoso
- Non collabora
- Non mostra rispetto
- Non segue le regole
- Non accetta suggerimenti e consigli
- Ha attese irrealistiche

Perché un paziente viene considerato “DIFFICILE”

“Paziente che mi fa sentire impotente e non mostra fiducia nei miei confronti”

“Paziente che non mostra rispetto, che argomenta la diagnosi e non segue il trattamento che gli prescrivo”

“Paziente con cui ci sono continui contrasti o disaccordi su ruoli, regole e aspettative reciproche (contrasto tra l'aiuto offerto e l'aspettativa e la speranza espresse dal paziente)”

Il medico si percepisce irritato e/o frustrato.

Riassumendo: quali sono i comportamenti del paziente “difficile”

- Atteggiamenti di resistenza
- Emozioni intense: rabbia, paura, depressione e lutto.
- Mancanza di fiducia, sospettosità o eccesso di confidenza, seduzione.
- Non adesione al trattamento o insoddisfazione per gli interventi proposti
- Lamentele continue sul proprio malessere fisico che sembrano esagerate o eccessive

10 cose che rendono l'operatore “difficile” e provocano resistenza, irritazione e ostilità nel paziente

- Dare consigli non richiesti
- Tentare di attribuire all'altro la colpa di un evento/situazione
- Rassicurazioni premature e irrealistiche
- Ottimismo banalizzante
- Non ascoltare
- Forzare o fare pressioni per indurre cambiamenti
- Dare l'impressione di voler biasimare
- Voler a tutti i costi vincere dimostrando l'errore dell'altro
- Comportarsi come una persona infallibile
- Far aspettare o Interrompere la visita facendo altro (telefonare, uscire)

Che cos'è “difficile”?

Gli operatori sanitari tendono ad attribuire ai pazienti la responsabilità di una difficile interazione.

I pazienti tendono ad accusare gli operatori sanitari.

Ci possono essere operatori sanitari o pazienti “difficili”, ma più spesso sono le interazioni ad essere difficili.

L'approccio

Non partire dal presupposto che il paziente ha un disturbo di personalità o problemi psicologici, ma ***lavorare sulla relazione qui e ora*** cercando di capire cos'è avvenuto di disfunzionale (considerare la relazione come deragliata e tentare di riportarla su nuovi binari).

(W. Platt & G. Gordon, Field Guide to the Difficult Patient Interview, 1999)

Relazioni “difficili” 1

Procedure

1. Riconoscere la difficoltà subito

Segnali:

- Ripetere i concetti, con la voce sempre più alta, all'infinito
M: Non credo che ci siano problemi di sinusite
P: *Ma a me sembra di sì*
M: No, non è la sinusite. Niente affatto
- Quando ci si interrompe a vicenda
- Quando si attuano dei comportamenti stereotipati (una sorta di copione che si ripete)
- Quando si percepisce disagio o si desidera essere altrove

Relazioni “difficili” 2

Procedure

1. Riconoscere la difficoltà subito
2. Essere consapevole delle proprie emozioni e del loro significato.
 - Talvolta la rabbia, la noia, il fastidio emergono così rapidamente che è difficile controllarli. E' importante conoscere il proprio modo di reagire per anticipare comportamenti inappropriati

Relazioni “difficili” 3

Procedure

1. Riconoscere la difficoltà subito
2. Essere consapevole delle proprie emozioni e del loro significato.
3. Attenzione! Non dare una diagnosi al paziente (ad es. disturbo di personalità, mancanza di supporto), ma diagnosticare il problema relazionale
4. L'ostacolo è dovuto a una forte emozione del paziente:
 - esplicitare l'emozione usando la comunicazione empatica (ascolto attivo)
5. L'ostacolo non è dovuto ad una forte emozione del paziente:
 - condividere il problema con il paziente e chiedergli di dare il suo aiuto nel superare l'ostacolo

Relazioni “difficili” 4

- Strategie di sopravvivenza
- Condividere le difficoltà con i colleghi
- Combattere il “ non c’è soluzione”
- Accettare l’impotenza. Quando il paziente non ha la voglia o la capacità di cambiare, l’acceptare la proprio impotenza è una strategia cruciale
- Non vedersi come vittima

PRINCIPI

- L'operatore sanitario è nella posizione migliore per poter riparare relazioni non funzionali (ruolo professionale).
- Interazioni disturbate richiedono attenzione.
Ricordarsi che tutti gli elementi dell'interazione (operatore sanitario, paziente, malattia, ambiente) possono contribuire a rendere difficile la relazione
- Interazioni disfunzionali avvengono quando non si crede in un buon esito, quando le aspettative contrastano o quando manca la necessaria flessibilità

RIASSUMENDO...

- Non perdere la propria professionalità
- Ricordare quali sono gli obiettivi da raggiungere nel colloquio con il paziente

LE TRE FUNZIONI DI UNA CONSULTAZIONE

The Three Function Approach (Cohen-Cole, 1991), modificato

Raccolta di informazioni precise e attendibili per comprendere tutti i problemi attuali di salute e di vita del paziente

Creare, mantenere o recuperare una relazione terapeutica e rispondere alle emozioni del paziente

Informare e educare il paziente rispetto alla sua malattia , concordarsi sul programma terapeutico e motivarlo a collaborare

Il paziente arrabbiato

Emozioni intense: rabbia

La malattia spesso induce intense emozioni: paura, vergogna, rabbia.

L'aggressività è spesso una risposta all'ansia, alla paura e in generale a necessità che la persona percepisce come insoddisfatte.

Nelle relazioni quotidiane alla rabbia si risponde con la rabbia.

Un operatore sanitario non se lo può permettere: deve saperla gestire...



COSA PROVOCA OSTILITA'

1. Sentirsi umiliati (il sanitario che si comporta come una persona infallibile, che mette in dubbio le capacità cognitive o personali che assume atteggiamenti agonistici). L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria importanza personale.
2. Sentirsi forzati (consigli non richiesti, sentirsi pressati a cambiamenti non sentiti come necessari). L'aggressività è la risposta per ristabilire la propria libertà personale.
3. Non sentirsi capiti (rassicurazioni premature e irrealistiche, ottimismo banalizzante, atteggiamenti falsamente empatici). L'aggressività è la risposta di fronte al vissuto emotivo dell'abbandono, dell'esclusione, della percezione di essere trascurati.

Emozioni intense: rabbia

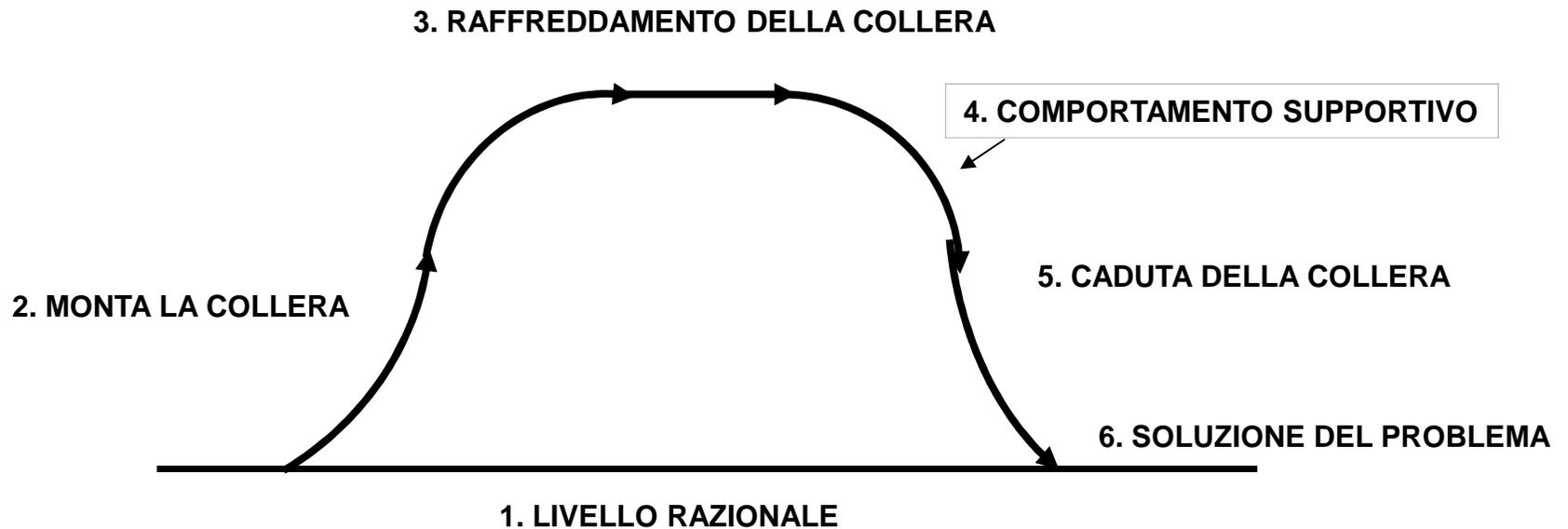
Lipp (1986) descrive tre atteggiamenti che di solito gli operatori sanitari attuano quando interagiscono con un paziente adirato:

- DISCONOSCONO LA RABBIA: proseguono la loro consueta attività nella speranza che il paziente si plachi da solo;
- CERCANO DI PLACARE le ire del paziente o lo rassicurano prematuramente;
- RISPONDONO CON ALTRETTANTA RABBIA

TUTTI questi atteggiamenti generalmente inducono un AUMENTO della rabbia

Il paziente arrabbiato

Curva della collera



1. La maggior parte delle persone funziona a un livello razionale, ed è possibile ragionare con loro

2. Quando una situazione diventa irritante frustrante provocante, la persona “decolla”, si “riscalderà” e comincerà ad essere verbalmente aggressiva e ostile.

Abbandonato il livello razionale, inutile tentare di far ragionare la persona.

3. Il decollo non può durare a lungo. Se non ulteriormente provocata, la persona ostile entra nella fase di “raffreddamento”. Può sentirsi imbarazzata per aver fatto una “scenata”.

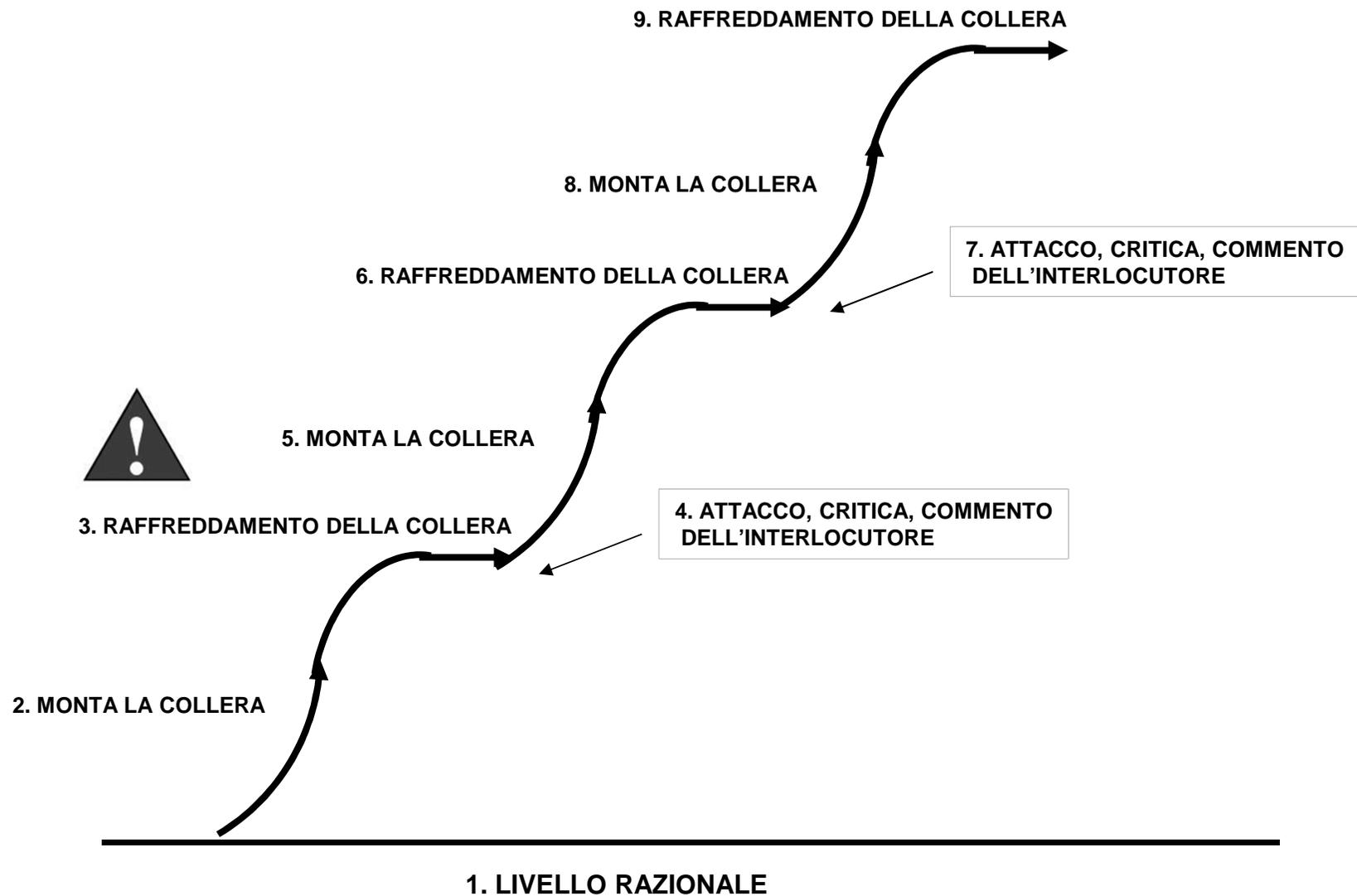
4. Dopo una dimostrazione di empatia la persona ostile di solito si calma. Ritorna al livello razionale

5. Ritornata al livello razionale, si può iniziare a risolvere il problema (negoziazione)

6. Solo ora la controparte che ha assistito al decollo e ha ascoltato lo sfogo, può intervenire (commento supportivo e comportamento empatico non verbale).

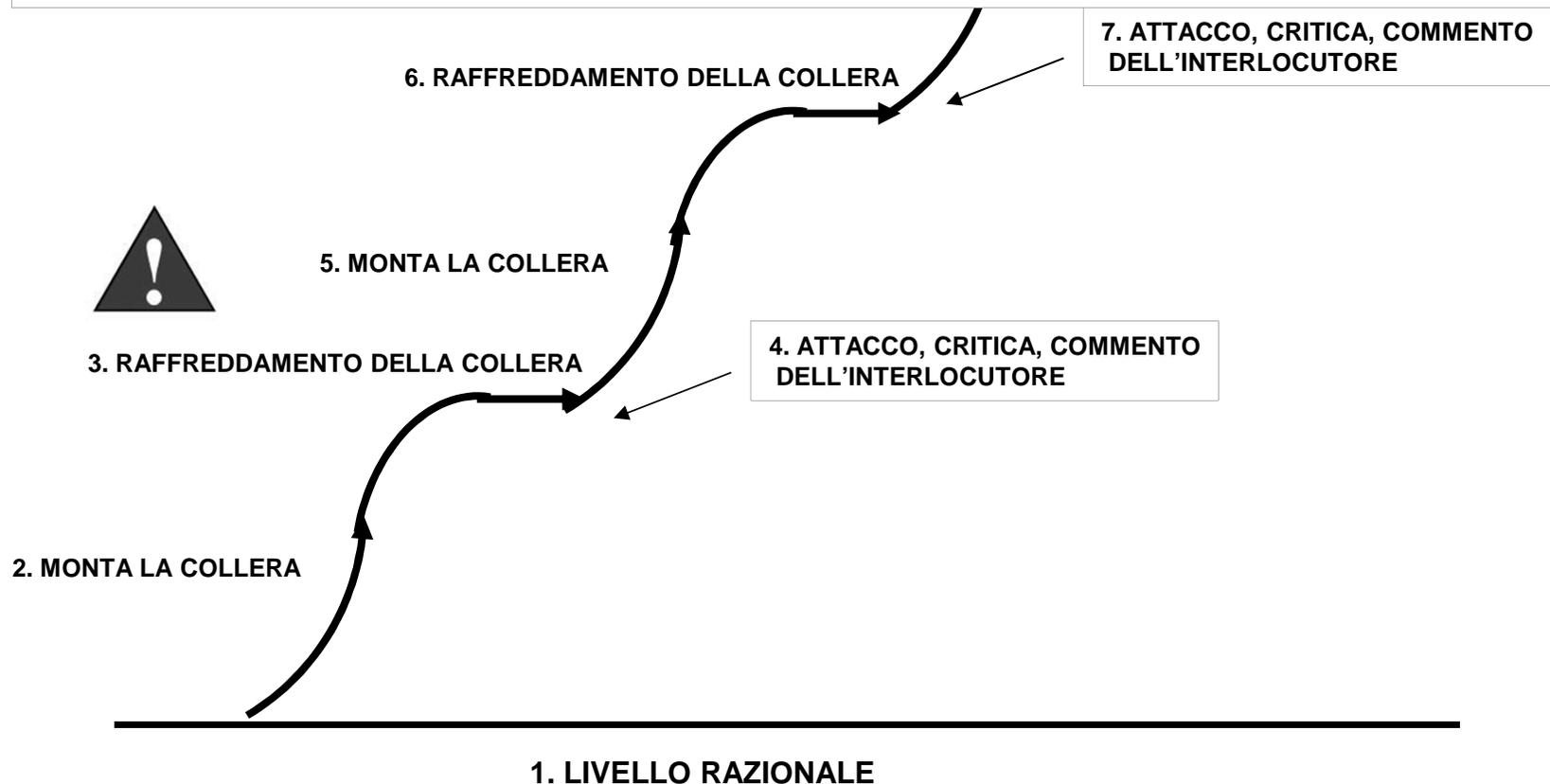


CURVA DELLA COLLERA 2



Rischio di un errore imperdonabile a fase 3 e 6 (fase di raffreddamento)

Tentare di difendere se o l'istituzione , fare appelli di ragionevolezza alla persona ostile, o argomentare su regoli, diritti o procedure
Argomentare con una persona ostile in fase di raffreddamento produce un altro decollo di ostilità



COME PREVENIRE E GESTIRE L'OSTILITA' DEL NOSTRO INTERLOCUTORE

TRASMETTERGLI
ASCOLTO

RICONOSCERE ED
ESPLICITARE
L'EMOZIONE DI RABBIA



FARE E NON FARE

Si

- Comprendere che l'ostilità è diretta verso quello che voi presentate, non verso di voi come persona
- Riconoscere la collera della persona e esplicitare che l'avete compresa.
- Ascoltare con attenzione cosa dice la persona ostile. Aspettare che la rabbia sia stata espressa prima di rispondere
- Non prendere parte pro o contro prima di aver capito il problem

- Aiutare la persona "salvare " la faccia
- Spostarsi in un luogo privato con meno interferenze esterne
- Sedersi con la persona.
- Mantenere il tono della voce calmo
- Esprimere le vostre emozioni con una persona fidata dopo l'episodio

No

- Sentirsi aggredito personalmente

- .
- Ignorare o negare la collera della persona, dire di calmarsi.

- Rifiutarsi di ascoltare

- Difendere l'istituzione, se stessi o la persona ostile prima di aver capito il problema
- Imbarazzare la persona sottolineando il suo comportamento inadeguato
- Non sgridare o litigare in un luogo pubblico
- Stare in piedi uno e seduto l'altro
- Alzare la voce a livello della voce della persona arrabbiata
- Non confidarsi

Mancanza di fiducia

1. La fiducia è il risultato di una buona comunicazione.
2. Se emerge sfiducia, va esplicitata e affrontata con il paziente a partire dalla sua esperienza, non pensare che sia un fatto privato o troppo imbarazzante.
3. Focalizzarsi sul paziente e non sulla propria rabbia per non essere stati apprezzati, a volte la mancanza di fiducia non è legata a noi. Considerarla un'opportunità per capire meglio.
4. Chiedere alla persona cosa può contribuire ad aumentare la sua fiducia.

Disaccordo su diagnosi e terapia (1)

Principi

- Importante scoprire, esplicitare e discutere le convinzioni e le teorie del paziente sulla sua malattia (cause, diagnosi e prognosi) perché ciò determina l'accettazione del paziente del vostro aiuto e la sua collaborazione
- Rispettare le teorie e le convinzioni del paziente. La proposta terapeutica del medico non sarà l'unico rimedio al quale il paziente ricorre
- La comunicazione empatica è lo strumento per scoprire le ipotesi del paziente (ascoltare, fare domande solo quando il paziente non ne parla spontaneamente)
- I disaccordi possono essere risolti nel tempo
- Annotare in cartella gli obiettivi, le intenzioni e gli sforzi fatti nell'assicurare le cure mediche. Se il paziente dovesse rifiutare la vostra proposta, la documentazione potrà tornare utile in caso di eventuali ricorsi legali.

Disaccordo su diagnosi e terapia (2)

Procedure

- Se la vostra opinione e quella del paziente contrastano esplicitare il conflitto
- M: Abbiamo delle idee abbastanza diverse, vero?
- P: *Cosa vuol dire?*
- M: Se ho capito bene, lei ha pensato ad una sinusite, ad un' infezione
- P: *Si!*
- M: Io invece sono più preoccupato per il suo dolore al torace. Si potrebbe trattare di una polmonite o addirittura di un embolo polmonare
- P: *Ah, si?*
- M: Allora, vista la differenza delle nostre opinioni, come andiamo avanti?
- P: *Non potremmo prima tentare con gli antibiotici? Se è la sinusite potrebbe migliorare?*
- M: Può darsi, ma se si tratta di un embolo polmonare e se ne aggiunge un altro, questo sarebbe veramente un guaio serio , perciò sono molto preoccupato

Disaccordo su diagnosi e terapia (3)

Procedure

1. Esplicitare il fatto che esiste un disaccordo e discuterlo insieme è l'inizio di una negoziazione
2. Quando il paziente insiste su un trattamento non appropriato, parlarne
3. Comunicazione empatica

Disaccordo su diagnosi e terapia (4)

M: Lei dice che avrebbe bisogno di una Risonanza Magnetica alla testa. Non comprendo ancora come mai è arrivato a questa idea. Mi può aiutare?

P: *Mi serve, e basta, non voglio neanche discutere!*

M: Quindi lei crede di averne bisogno. Io non lo credo e lei non vuol farmi sapere perché la vuole. Questo mi rende difficile proporre una soluzione fattibile. E' sicuro che non mi possa aiutare a capire?

P: *Il mio datore di lavoro dice che o gli dimostro che ho qualcosa in testa, dati alla mano o devo smettere di lamentarmi del mio mal di testa. Una cosa o l'altra!*

M: E' in trappola. O la RM o il suo datore di lavoro non le crede. E lei ha pensato che una RM potesse dimostrare che lei ha qualcosa in testa...

P: *Proprio così...*

M: Una situazione ben difficile dalla quale uscire... Ma non è detto che una RM dimostri che lei ha qualcosa in testa! E non tutti i mal di testa sono dimostrabili con una RM...

P: *Ma può anche essere che mi trovino qualcosa.*

M: Come mai ne è così convinto?

P: *Quando a mia sorella hanno scoperto il tumore, gliel'anno scoperto con una RM.*

Disaccordo su diagnosi e terapia (5)

Procedure

1. Esplicitare il fatto che esiste un disaccordo e discuterlo insieme è l'inizio di una negoziazione
2. Quando il paziente insiste su un trattamento non appropriato, parlarne
3. Comunicazione empatica
4. Stare dalla parte del paziente (uso di metafore)

M: Bene vedo che abbiamo opinioni diverse. Vorrei spostarmi accanto a lei (spostando la sedia), così posso vedere meglio come le cose si presentano dal suo punto di vista

P: *Non ho mai vista una cosa del genere*

M: Me lo posso immaginare. Bene, adesso che sono qua, mi spieghi di nuovo come vede le cose, cos'è che non va e cosa dovremmo fare. Non è detto che sarò d'accordo, ma voglio essere sicuro di comprendere il suo punto di vista

5. Se la negoziazione fallisce, essere d'accordo che ci sia un disaccordo.

Disaccordo su diagnosi e terapia (6)

Trappole

- Offendersi e diventare intransigente
 - M: Vede, sono io il suo medico. Dobbiamo trattare il suo disturbo con... per una settimana o due
 - P: *Quella roba con me non ha mai funzionato. Mi dovrebbe fare una impegnativa per il gastroenterologo*
 - M: Ah si ? Chi decide qua?

Disaccordo su diagnosi e terapia (6)

Trappole

- Ripetere i concetti, con la voce sempre più alta, all'infinito
 - M: Non credo che ci siano problemi di sinusite
 - P: *Ma a me sembra di si*
 - M: No, non è la sinusite. Niente affatto
- Non comprendere le idee, bisogni o i valori del paziente.
 - P: *Penso che ci vuole un antibiotico*
 - M: Ma no, dovrebbe fare alcune applicazioni di aerosol
- Perdere delle buone opportunità per essere empatico
 - P: *Mio superiore dice o la Risonanza o la guerra*
 - M: Bene,bene, escludo l'utilità di una risonanza

Comprendere il significato della malattia (1)

Principi

- La consultazione non è conclusa finché non è emerso il significato della malattia per il paziente
- Chiedere il paziente di spiegare cosa significano per lui la malattia e la terapia

Comprendere il significato della malattia (2)

Procedure

- Ogni paziente ha un punto di vista unica rispetto alla sua malattia: sulle cause, sugli effetti della malattia sulla sua vita, su quello che ha bisogno per stare meglio.

Abbiamo bisogno di sapere

come la malattia e le cure consigliate interferiscono con

- il ruolo del paziente (lavoratore, marito/moglie, genitore, amico/a, parente etc)
- Le relazioni interpersonali del paziente
- le preoccupazioni
- il significato simbolico della malattia o delle cure

Comprendere il significato della malattia (3)

Esempio

- M.: *Abbiamo bisogno che lei si ricoveri e prenda delle medicine, per ridurre l'eccesso di acqua. In due o tre giorni starà meglio.*
- P: *Non ci penso nemmeno*
- M: *Come?*
- P: *Non vado in ospedale. Se devo morire voglio morire a casa.*
- M: *Chi dice che deve morire?*
P: *Non importa. Non vado.*

Commento

- Quando il paziente risponde in un modo che disorienta o non ha senso, è probabile che ci manchi il significato che la malattia ha per lui.

Comprendere il significato della malattia (4)

- M: Non capisco ancora come lei vede le cose
- P: Qualunque cosa lei capisca io non mi ricovero
- M: Sì quella parte capisco. Lei non vuole ricoverarsi. Non importa come lo vedo io, lei non va in Ospedale. E' così?
- P: E' così!
- M: Bene. Quello che vorrei capire meglio è come lei vede la sua malattia e la faccenda dell'Ospedale. Me lo può dire?
- P: Cosa vorrebbe sapere?
- M: Lei non vuole andare in Ospedale. Mi può dire perché?
- P: Non posso andarci. Mia moglie è sola a casa. E' molto depressa, non posso lasciarla sola.

Commento: Non argomentare, comprendere

Comprendere il significato della malattia (5)

Trappole

- Attribuire la responsabilità al paziente , quando le cose non vanno nella direzione che vogliamo
- Argomentare, credendo che il proprio compito è di dover convincere il paziente.
- Non considerare la possibilità di altri tipi di interventi terapeutici, credendo che la nostra proposta sia l'unica fattibile.

Non adesione

Il problema

- L'adesione alla terapia prescritta varia dal 30% al 70%
- Il costo della non adesione, negli Stati Uniti è stimato in 100 bilioni di dollari

Principi

- L'obiettivo: l'adesione del paziente al trattamento.
I pazienti aderiscono spesso alle loro convinzioni e ai loro valori rispetto alla loro qualità di vita
(Conflitto)
- Non ci sono dei marker (sociali, razziali, educativi, di personalità) che predicano la non adesione

Non adesione

Disturbo	% di non adesione
Asma	20
Artrite	55-71
Diabete	40-50
Epilessia	30-50
Ipertensione	40

Adattato da: National Pharmaceutical Council (1992) Emerging issues in pharmaceutical cost containment. National Pharmaceutical Council, 2, 1-6

Non-adherence to medication and doctor–patient relationship: Evidence from a European survey

Charitini Stavropoulou^{a,b,*}

^a School of Management, University of Surrey, Guildford, UK

^b Department of Social Policy, London School of Economics and Political Science, London, UK

ARTICLE INFO

Article history:

Received 16 October 2009

Received in revised form 20 March 2010

Accepted 22 April 2010

JEL classification:

I10

C01

Keywords:

Doctor–patient relationship

General perceptions

Non-adherence

European Social Survey

Institutional factors

ABSTRACT

Objective: Studies on the determinants of non-adherence to medication have put emphasis in understanding the role of the doctor–patient relationship in individuals' decision to follow recommendations. Yet, evidence on general perceptions that individuals hold about doctors and their impact on their decision to non-adhere is lacking. This paper aims to explore the issue using data from the European Social Survey (ESS).

Methods: The ESS was conducted in 2004/2005 and included 45,700 participants from 24 countries in Europe. A Heckman probit model with sample selection was used for the analysis.

Results: The results show that perceptions about doctors constitute the model that better explains non-adherence to prescribed medication.

Conclusion and practice implications: Our findings confirm that general beliefs individuals have about the doctor–patient relationship impact significantly on their decision to non-adhere to prescribed medication. Key points were shown to be involvement in the decision making process, treating patients as equals and avoiding leaving unresolved issues when prescribing.

© 2010 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

ADESIONE

Misura di adesione

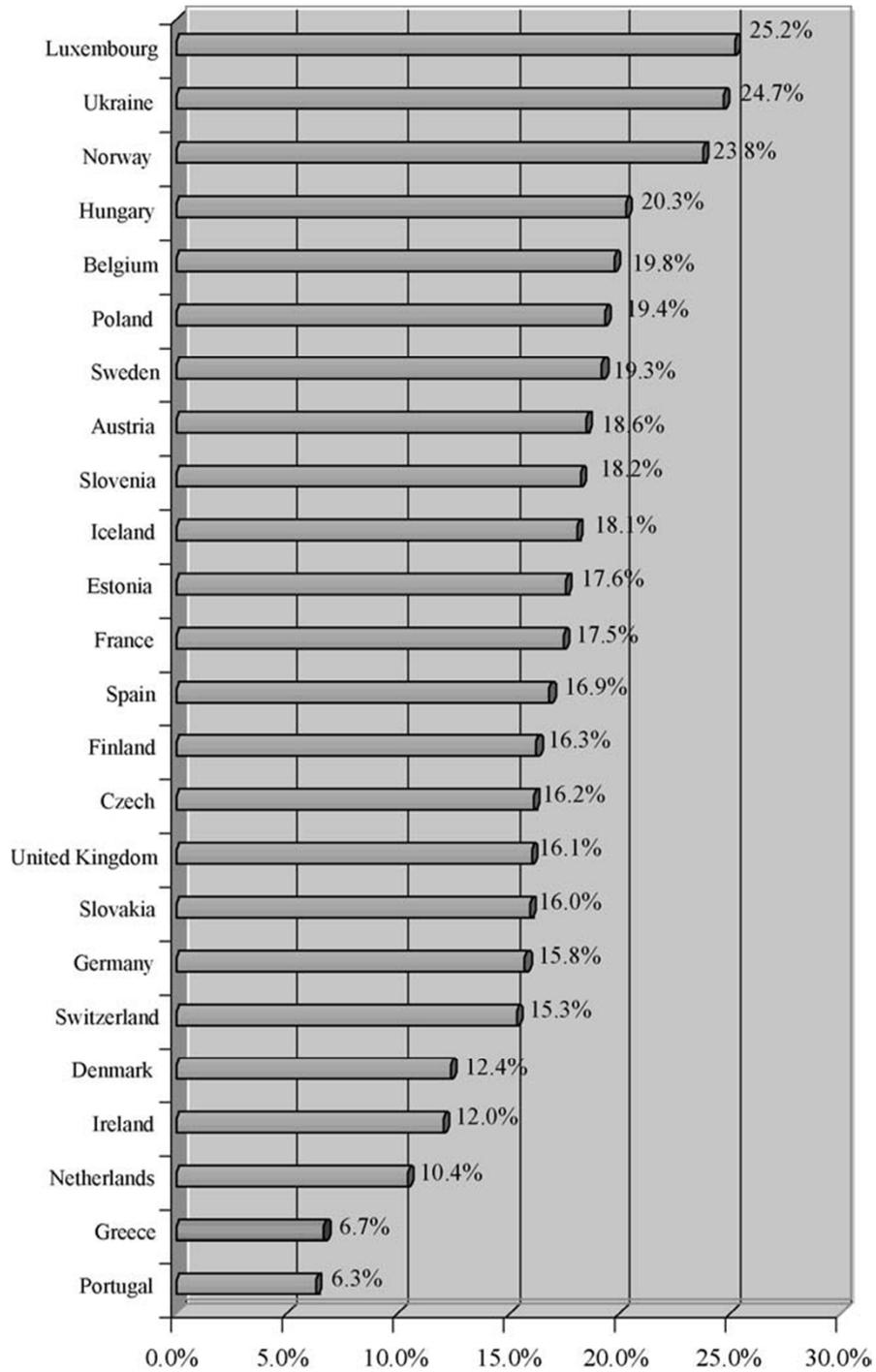
Risposta dei pazienti alla domanda

“think back to the last time a doctor prescribed you a medicine you had not had before. Which statement comes closest to what you did with the prescription?”

Sette opzioni:

- a. I didn't collect the medicine from the pharmacy.*
- b. I collected the medicine but didn't use any of it.*
- c. I used some or all of the medicine but not exactly as **prescribed.***
- d. I used the medicine exactly as prescribed.*
- e. Can't remember last occasion.*
- f. Never had prescription from doctor.*
- g. Other answer*

Non adherence



Non adesione

Tipi di richieste

- Adesione a breve termine con trattamenti semplici
- Cambiamenti positivi dello stile di vita
- Eliminazione di comportamenti dannosi per la salute
- Regime terapeutico a lungo termine

Serafino (1994) Health Psychology: Biopsychosocial Interactions. New York, Wiley

Non adesione

Fattori che determinano la non adesione

- non saper spiegare bene
- mancanza di comprensione da parte del paziente
- materiale illustrativo confuso o non alla portata del paziente
- perdurare della malattia o miglioramento
- costi del trattamento (tempo, denaro, sforzo, disagio)
- timori o presenza di effetti collaterali dannosi
- mancanza di fiducia nell'efficacia dei trattamenti prescritti
- conflitto tra le idee del paziente e quelle del medico rispetto alla malattia ed al trattamento
- conflitto tra la vita (famiglia, contesto) e il programma terapeutico del medico
- la fatica richiesta e la dimenticanza del paziente

La migliore variabile predittiva dell'adesione è la relazione medico-paziente

Non adesione

Procedure (1)

1. Comprendere il modello esplicativo del paziente

Se il paziente è titubante, insistere

- M: Cosa pensa abbia causato i suoi problemi?
- P: *Non lo so, è lei il dottore*
- M: Certo, ma se lo sapesse, cosa avrebbe potuto essere?
- P: *Qualche infezione, penso*

3. Se l'idea del paziente si avvicina a quella del medico, sottolineare l'accordo; se è diversa, esplicitare e discutere.

4. Solo dopo aver fatto emergere il conflitto si può pensare di iniziare ad arrivare a un programma terapeutico mediante la negoziazione

Non adesione

Procedure (2)

5. Chiedere al paziente cosa pensa del vostro programma terapeutico.

M: Come è andata con le medicine per la pressione?

P: *Bene, dottore*

M: Bene. Comunque, nessuno di noi riesce a prendere tutte le pillole che dovremmo prendere. Tutti ci dimentichiamo ogni tanto. Quante volte non ha preso le medicine?

P. *Pochissime volte. Forse la pillola della sera; è difficile qualche volta ricordare*

M. Allora quante volte?

P: *Oh, forse una o due volte la settimana*

M: Si dimentica le medicine una o due volte la settimana?

P: *No, dottore, prendo solamente una o due volte la settimana la pillola della sera. Ma le pillole della mattina le prendo quasi sempre*

6. Chiedere ai pazienti dei suggerimenti su come migliorare il programma terapeutico

Non adesione

Procedure (2)

7. Chiedere al paziente cosa pensa del vostro programma terapeutico.

8. Chiedere ai pazienti dei suggerimenti su come migliorare il programma terapeutico

–Quali sono i gusti, le abitudini e le limitazioni che interferiscono con l'adesione? Alla visita di controllo chiedere come va il programma e fare le necessarie modifiche con l'aiuto del paziente

Non adesione

Procedure (3)

9. Mantenere il contatto con il paziente. Se il paziente ha una malattia grave, non basta aver fissato una visita di controllo dopo un mese. Controllare o far controllare il paziente periodicamente per telefono
10. Assicurarsi che il paziente abbia compreso
11. Anticipare soluzioni di eventuali problemi (cosa potrebbe ostacolare il fatto di seguire il programma?)
12. Descrivere i possibili effetti collaterali

NON ADESIONE

- **Trappole da evitare**
 - Credere che il vostro compito consista nel dire al paziente cosa fare e che quello del paziente di fare quello che dite
 - Credere che il vostro compito sia di registrare le richieste e soddisfarle
 - Non indagare le idee del paziente su diagnosi, cause e terapie
 - Privilegiare l'assistenza ospedaliera e trascurare il follow-up
 - Accusare il paziente e definirlo non collaborativo
 - Tentare di risolvere troppi problemi contemporaneamente
- **Venire alle visite di controllo non significa adesione. Tentate di coinvolgere il paziente nella propria cura**