

## DOMANDE COLLOQUIO

### 1) Descrizione della MINI

La MINI è una breve intervista neuropsichiatrica internazionale (Sheean, 1992) ed è un'intervista standardizzata e codificata. Ha una struttura stringente perché non sono ammesse variazioni, infatti l'intervistatore (che può essere un clinico o un laico) deve essere direttivo e si deve attenere ai contenuti dell'intervista: non vi è narrazione da reinterpretare e le risposte sono limitate (sì e no). L'unica cosa che il clinico può fare è ripetere la domanda se non compresa. Per poter somministrare l'intervista si deve prima aver svolto un training. La persona intervistata dev'essere istruita rispetto a queste istruzioni. Con questa intervista si può arrivare ad una diagnosi secondo DMS, sovrapponibile ad ICD.

È caratterizzata da 17 moduli e ciascun modulo indaga un disturbo. NB: i moduli A, B e K sono obbligatori. Non è una buona intervista per indagare i disturbi di personalità e il post-traumatico da stress.

Ogni modulo inizia con una parte ombreggiata che comprende le domande di screening: se a queste la risposta è sì, si somministra l'interno modulo, altrimenti si va a segnare no direttamente al Box diagnostico, posto a fine modulo. In ogni modulo vi sono degli item per indagare se il disturbo deriva da una causa organica (il modulo O, nello specifico, esclude le cause organiche e mediche) e un item riguardante il funzionamento dell'individuo. Alcuni moduli indagano se il disturbo è di tipo lifetime o current.

Il modulo riguardante il disturbo ossessivo-compulsivo indaga le ossessioni e le compulsioni con due riquadri ombreggiati separati e può essere diagnosticato solo se presente almeno un'ora al giorno. Il disturbo di panico segue la scuola americana, per cui la diagnosi viene fatta se l'episodio raggiunge l'apice intorno ai 10 minuti. L'agorafobia, invece, segue la scuola europea poiché viene separata dal disturbo di panico. L'anoressia nervosa presenta nelle domande di screening domande riguardanti peso e altezza poiché a fine riquadro ombreggiato è presente la tabella con gli indici per indagare la gravità del disturbo. Alla fine della MINI vi è l'algoritmo diagnostico che permette di indagare il disturbo depressivo maggiore e il disturbo bipolare I e II. Il disturbo d'ansia generalizzata è posto alla fine dell'intervista poiché può essere diagnosticato solo se non sono state riscontrate altre patologie.

- **Vantaggi** della MINI: è un'intervista standardizzata e codificata, quindi ha una struttura stringente (non sono ammesse variazioni) e prevede un intervistatore di tipo direttivo che deve attenersi ai contenuti dell'intervista. Non vi è narrazione da reinterpretare, le risposte sono sì e no e seguono un algoritmo diagnostico. L'unica cosa che il clinico può fare è ripetere la domanda se non compresa. Un altro vantaggio di questa intervista è il fatto che è facilmente replicabile, potendo così indagare nel tempo la patologia

### 2) Anamnesi familiare con esempio

L'anamnesi familiare indaga le patologie dei familiari del paziente, sia psichiatriche che non, e se sono state trattate o meno: si deve indagare la familiarità della patologia poiché è un fattore di rischio. La valutazione della familiarità indaga due elementi: la natura e la cultura. S'indaga la predisposizione biologica del paziente per la patologia psichiatrica. Esiste, infatti, un'ereditarietà delle patologie psichiatriche che prevede sia salti orizzontali che verticali. I parenti che si prendono in considerazione in questa valutazione sono: genitori, nonni, zii e cugini. Ad esempio, se si ha un paziente con schizofrenia può darsi che nella famiglia vi sia stata schizofrenia, ma non necessariamente nei genitori. S'indaga poi l'ambiente in cui il paziente è cresciuto: vivere a contatto con un familiare che presenta una patologia psichiatrica può essere un fattore di rischio per sviluppare una malattia (indipendentemente dall'assetto genomico). Il peso ambientale della patologia psichiatrica è importante. Ad esempio, una madre che presenta un disturbo ossessivo-compulsivo tenderà ad includere nei suoi rituali i figli. Per ognuna delle figure parentali si deve conoscere: l'età attuale, il sesso, di quale patologia ha sofferto, il tipo di trattamento e come ha risposto ad esso, misura di quella che è la capacità di accogliere la terapia e gestire la diagnosi nel familiare. Se il familiare è anziano, il paziente potrebbe descrivere la patologia secondo la nomenclatura più vecchia. Quando ci si riferisce a nonni, zii o cugini si specifica se di linea materna o paterna poiché è importante conoscere l'ereditarietà genetica.

Esempio:

Mamma di 58 anni non presenta patologie

Padre di 61 anni non presenta patologie

Anna ha una sorella di 10 anni che presenta diabete da circa 7 anni, ha ricevuto un trattamento farmacologico e questo ha migliorato la sua situazione. Tutt'oggi continua con punture di insulina.

Nota: Se non presentano nessuna patologia inserire nella cartella: Nessuna patologia e nessun trattamento (ndn)

### 3) Gli ingredienti che favoriscono l'ascolto

L'ascolto è un fattore molto importante per comprendere il paziente ed è per questo che l'attenzione dev'essere sempre rivolta verso di lui poiché è la fonte centrale delle informazioni. Il clinico deve essere capace di cogliere la narrazione riportata e il punto di vista del paziente senza perdersi. Gli ingredienti che favoriscono un buon ascolto comprendono:

- *mostrare empatia* nei confronti del paziente, facendo attenzione quando il paziente sconfinava (ad esempio: sviluppa una certa dipendenza) -> il clinico farà un passo indietro rispetto all'atteggiamento empatico;
- l'essere *interessati al suo mondo*: il clinico mostra interesse verso il paziente come oggetto e soggetto di studio;
- *mostrare attenzione nei confronti della narrazione*: il clinico mostra attenzione rispetto al linguaggio del corpo (per esempio annuisce), e pone domande, metafore o esempi rispetto a ciò che ha ascoltato;
- *curiosa consapevolezza*: per raccogliere informazioni di pertinenza clinica.

Secondo Tasman, infatti, non vi sono cattivi narratori, ma solo pazienti che non hanno trovato il loro buon ascoltatore. (= se si è dei buoni ascoltatori si troverà sempre dei pazienti che sono bravi narratori, e coloro che non sembrano bravi narratori lo diventeranno con un buon ascoltatore).

#### ➔ Atteggiamenti importanti per l'ascolto

- Inner viewing
- Non esistono cattivi narratori
- Il paziente ha sempre la risposta
- Controllo e potere sono condivisi nel colloquio
- Talvolta può essere lecito sentirsi confusi ed incerti
- La verità oggettiva non è mai così semplice come appare: necessità di chiedere per raccogliere la storia clinica
- Ascoltarsi: ciò che il clinico ascolta è modificato da varie cose
- Quello che il clinico ascolta è modificato dai filtri del paziente e propri
- Ci sarà sempre un'altra occasione per ascoltare più chiaramente

#### ➔ Ascolto in situazioni speciali

Vi sono quattro tipi:

- a) *Bambini*: serve molta esperienza, la comunicazione dev'essere breve, rapida e diretta all'obiettivo, che deve svilupparsi nell'ambito di un ambiente che sia stimolante (es: gioco), altrimenti si perde il contatto col bambino
- b) *Anziani*: hanno una narrazione lenta, cadenzata, fatta di storie, quindi richiede tempo e attenzione affinché il paziente non si senta pressato e si innervosisca, tendendo a chiudersi
- c) Pazienti con *patologia psichiatrica cronica*: sono pazienti con una vita completamente sconquassata dalla patologia, su cui è difficile trovare un terreno comune. -> Principio di base: anche se piccola, un'area comune rimane intatta e quella può essere la chiave per entrare in sintonia col paziente.
- d) Pazienti con *patologia organica cronica*: vanno presi con molta cura e delicatezza perché fronteggiano quotidianamente la condizione della morte.

->Vi sono varie skills dell'ascolto tra cui il *confrontare*, ovvero notare cosa manca nella narrazione del paziente, identificare se vi sono dissonanze fra modi di esprimersi, facendoci capire che è sfuggito qualcosa, oltre che intuire il paziente tra le righe.

NB: Ostacoli all'ascolto

L'ascolto è una colonna importante della relazione terapeutica che si può costruire tra il paziente il clinico e pone tutta l'attenzione verso il paziente. Tuttavia, vi possono essere degli ostacoli all'ascolto, come:

- La *diversità* tra paziente e clinico per etnia, sesso, cultura, religione, dialetto, differenze individuali, classe socio-economica. Se la lingua è diversa, la cultura sarà diversa.
- *Somiglianza* superficiale: si ha l'impressione che vi siano delle somiglianze col paziente, ciò può far cadere in errore poiché si desume erroneamente di condividere un elemento, ma è superficiale.
- la *risposta ai segni*, per cui se il clinico non è attento nel suo ascolto non risponderà ai segni in maniera appropriata.
- La possibile intromissione di *fattori esterni*, come il setting, (es: pronto soccorso = ambiente di ascolto non semplice, oppure il reparto ospedaliero)

#### 4) Anamnesi fisiologica

L'anamnesi fisiologica è la narrazione della storia riferita all'area fisiologica del paziente.

Si riporta la composizione della famiglia d'origine, ovvero la famiglia in cui è nato: si descriverà il lavoro dei genitori, il livello socio-economico, se aveva dei fratelli e che tipo di rapporto c'era, le attitudini educative dei genitori, possibili traslochi della famiglia (indagando così il legame con l'ambiente). Dopo si riporta la storia degli eventi fisiologici per la salute del paziente: si riporta la storia di vita di quando è stato concepito, quindi la storia prenatale e la gravidanza della madre.

Per quanto riguarda la storia prenatale si riporta se corrisponde ad uno status fisiologico, mentre se corrisponde ad uno status patologico si metterà "anomalia della gravidanza". Se questa ha avuto delle implicazioni patologiche nel paziente, queste si devono riportare nell'anamnesi patologica.

Per quanto riguarda la gravidanza, si deve specificare come si è conclusa (nei termini previsti, prima o dopo), ovvero la storia perinatale. S'indaga se la gravidanza era voluta o meno, l'eventuale malnutrizione della madre e se durante l'attesa assumeva dei farmaci o sostanze. Se dopo la gravidanza non vi sono stati eventi patologici si segna solamente il numero di settimane di gravidanza. Se, invece, vi sono state complicazioni si riportano nell'anamnesi patologica remota. Specificare se al momento della nascita il bimbo è stato esposto a trauma (es. dato dal cordone ombelicale intorno al collo), se sì, si segna l'evento patologico successivo al trauma.

S'indaga l'infanzia da 0 a 3 anni: si registra il temperamento, i primi atti fisiologici (attaccarsi al seno, nutrirsi, il ritmo sonno-veglia), la camminata intorno al primo anno d'età, la socializzazione con produzione del linguaggio. La prima alimentazione fino al quarto mese è di solo latte (materno o artificiale) finché non si arriva allo svezzamento (introduzione alimenti) che si completa intorno al primo anno d'età. Indagare il comportamento del bambino, l'interesse verso gli stimoli che riceve e il tipo di relazione che va stabilendo col caregiver poi con le figure di riferimento.

S'indaga l'infanzia che va da 3 ad 11 anni: si verifica la socializzazione che presenta con fratelli e pari (compagni di scuola). Qui si va a formare la struttura di personalità, che poi si andrà formando.

S'indaga l'adolescenza dai 12 ai 18 anni: si monitora la personalità, la socializzazione con pari e adulti di riferimento. Importante è lo sviluppo psicosessuale: per le femmine la comparsa del menarca e si monitora il ciclo mestruale (regolarità, frequenza, durata); nel maschio, invece, si registra la pubertà, ovvero la prima eiaculazione. In entrambi i sessi è importante registrare il comportamento sessuale.

S'indaga nell'età adulta: se ha svolto il servizio militare, un matrimonio, una convivenza, una relazione importante, i figli, una gravidanza (il motivo se vi è stata un'interruzione), eventi che possono aver dato ripercussioni sulla salute mentale di una persona, la menopausa, l'attività lavorativa, la storia religiosa o spirituale, la situazione di vita attuale come lo sport e la dieta.

Esempio:

Nella cartella clinica si scrive:

- Composizione della famiglia: viveva con genitori e sorella
- Professione dei genitori: madre commessa e padre impiegato
- Livello economico: medio
- Trasloco: nessuno

- Rapporto con sorella: buoni rapporti
- Attitudini educative dei genitori: madre supportiva ed educativa, padre autorevole
- Particolarità dei primi atti fisiologici: nato al termine del parto eutocico, allattamento materno, sviluppo psico-fisico nella norma
- Scuola e socializzazione: ha frequentato dall'asilo nido in poi, buoni rapporti con i compagni
- Servizio militare: non prestato per scelta
- Matrimonio: né matrimonio né figlio
- Dieta: varia in qualità ed appropriata in quantità
- Attività sportiva: basket 3 volte a settimana

#### 5) Tecniche di conduzione del colloquio

Le tecniche del colloquio sono suddivise in due tipi: le tecniche per *allargare* e quelle per *focalizzare*.

Le tecniche per allargare consistono nell'ampliare il campo d'indagine, quindi indaga anche altre aree problematiche oltre alla specifica. Queste tecniche usano domande a risposta aperta per dare al paziente lo spazio della narrazione. Si utilizzano per esplorare, es: "Mi vuol dire qualcos'altro rispetto a questo problema?".

Le tecniche per focalizzare pongono l'attenzione sull'area identificata per raccogliere molti dettagli. Queste tecniche pongono domande che prevedono risposte aperte per raccogliere informazioni più stringenti. Si utilizzano per indagare la gravità di un sintomo ("Questo problema limita le sue attività sociali/lavorative e/o le causa sofferenza?"), il decorso di un disturbo ("Da quanto tempo esiste questo problema? Com'è insorto? È migliorato o peggiorato col tempo?") o un'esposizione ad uno stressor ("è successo qualcosa che secondo lei ha scatenato questo problema?").

La condizione ideale è utilizzare o l'una o l'altra tipologia di domande in funzione di un'apertura del paziente alla narrazione, della tendenza alla precisione o alla divagazione del paziente e delle tematiche da approfondire.

#### 6) Casi di direttività moderata

È una dimensione delle tecniche del colloquio. La direttività è la situazione in cui si crea una simmetria tra clinico e paziente: il clinico ha le redini del colloquio e il paziente è esortato a seguirlo. La direttività moderata è caratterizzata da:

- *Confrontazione*: attiva una narrazione più approfondita del paziente
- *Interpretazione*: cercare di invitare il paziente a dare significato a ciò che sta dicendo
- *Chiedere esempi*: per circoscrivere la narrazione
- Domande ad ampio spettro: domande una tematica grande ma circoscritta

#### 7) Direttività bassa

È una dimensione delle tecniche del colloquio. La direttività è la situazione in cui si crea una simmetria tra clinico e paziente: il clinico ha le redini del colloquio e il paziente è esortato a seguirlo.

La direttività bassa prevede interventi tra cui:

- *Domande aperte*: lascia grande spazio al paziente nella narrazione
- *Ripetizione*: il clinico ripete le parole del paziente per comprendere il messaggio del paziente
- *Riformulazione*: il clinico riformula la narrazione, così da chiedere una verifica della correttezza di ciò che ha compreso (segnale di comprensione)
- *Riassunto*: è prezioso perché fa capire al paziente che lo si sta ascoltando in maniera attenta, perché chiarisce le idee e serve a correggere gli errori
- *Chiarificazione*: caso in cui si richiede al paziente di mettere nero su bianco elementi specifici, in modo da farli emergere maggiormente
- *Riconoscimento non verbale*: per incoraggiare il paziente nella narrazione
- *Ascolto attento*: prevede una pausa da parte del clinico che incoraggia l'altro nella narrazione

#### 8) Direttività alta

È una dimensione delle tecniche del colloquio. La direttività è la situazione in cui si crea una simmetria tra clinico e paziente: il clinico ha le redini del colloquio e il paziente è esortato a seguirlo.

La direttività alta prevede interventi tra cui:

- *Domande chiuse*: dove le risposte sono spesso sì/no, molto stringata
- *Ripetizione di domande*
- *Ridirezionare*
- *Cambio di argomento*: esigenza di un'informazione
- *Stabilire un limite*: ovvero un confine entro il quale ci si muove, di tempo, di spazio e di contenuto (utile coi pazienti manipolatori)

#### 9) La prognosi

Una volta svolta la diagnosi, si passa alla valutazione prognostica, ovvero si fa una restituzione rispetto a come ci si aspetta evolva la patologia, prospettando vari scenari, informando il paziente su cosa rischia non curandosi e spiegando ciò che si può attendere con ognuna delle opzioni terapeutiche presentate. È importante dare un'idea dei tempi che si può attendere in base alla consapevolezza della letteratura scientifica. Il passaggio successivo è la discussione delle opzioni terapeutiche.

#### 10) Life skills: l'ascolto

L'ascolto è una colonna portante della relazione: grazie a questo il clinico riesce a comprendere la narrazione del paziente e pone verso di esso tutta la sua attenzione. Le skills che riguardano l'ascolto sono:

- **ascoltare**: tenere in considerazione il significato connotativo delle parole, quindi il perché il paziente sceglie con quella parola piuttosto che un'altra; *l'uso idiosincratico del linguaggio*, ovvero le creazioni linguistiche che il paziente fa e lo rappresentano dal punto di vista caratteristico; le *figure del discorso*, le quali raccontano una storia sottostante perché può emergere qualcosa che può essere sfuggito precedentemente; il *tono* e la *modulazione della voce*, dato che sono lo specchio della dimensione emotiva; il *flusso delle associazioni*, rappresentazione della struttura mentale del paziente e dei suoi processi mentali
- **osservare il paziente**: si fa attenzione a postura, gesti, espressione facciale e quelle che sono le espressioni esterne delle emozioni
- **confrontare**: notare cosa manca nella narrazione del paziente, identificare se vi sono dissonanze fra modi di esprimersi, può farci capire se ci è sfuggito qualcosa, oltre che intuire il paziente tra le righe
- **riflettere**: partecipare alle proprie emozioni interne e pensare il tutto senza sentire la pressione di rispondere durante l'intervista.

#### 11) Descrivere l'anamnesi patologica prossima e fare un esempio

Riguarda l'episodio di malattia in cui il paziente si trova adesso -> si indaga la sofferenza attuale riconducibile a ciascuna delle aree diagnostiche. Si domanderà quindi al paziente "Qual è la sua sofferenza ad oggi e in cosa consiste?" per sapere ciò che lo fa soffrire e ciò che intacca la sua quotidianità. Il paziente tenderà ad elencare i sintomi più importanti, ma si dovrà indagare anche gli altri sintomi di cui non ha parlato per verificarne l'assenza o presenza, (alcune informazioni tendono ad essere tralasciate dato che il paziente è focalizzato sulla sintomatologia centrale). Per la patologia in atto si deve analizzare i sintomi presenti, andando a verificare se si tratta di un disturbo psichiatrico, un problema psico-sociale, un pattern di disadattamento cronico o una funzionalità compromessa. Si fa un'indagine approfondita per capire:

- Quando è iniziato l'episodio attuale (età di inizio)
- Sintomatologia in atto: durata, frequenza e gravità
- Gravità del sintomo: intensità del sintomo e funzionamento dell'individuo
- Approfondire l'evoluzione del quadro clinico (i sintomi hanno delle fluttuazioni nel tempo)
- Se la sintomatologia è spiegabile dall'uso di sostanze o da patologia organica

Più approfonditamente si va a verificare qual è il funzionamento socio-lavorativo che il paziente presenta in confronto al funzionamento di base: tanto più queste due condizioni si discostano, tanto più sarà importante il quadro clinico. Si chiederà poi se l'episodio attuale assomiglia o è lo stesso di quelli pregressi: ciò consente di fare una valutazione lifetime della patologia e si può ipotizzare l'andamento del vissuto. Infine, si indaga la storia degli interventi precedenti e l'utilizzo di farmaci.

**Esempio:**

Nell'ultimo mese riferisce sintomi ansiosi rientrando a casa dal lavoro con la metropolitana. Ha avuto un attacco di panico in metropolitana caratterizzato da difficoltà a respirare, tachicardia, sudorazione, paura di morire e di perdere il controllo, vampare di calore e brividi di freddo. È uscito dalla metro e da allora non ha più preso la metropolitana. Quindi la compagna lo va a prendere a lavoro. Evita anche commissioni per il lavoro da fare con la metropolitana. Attualmente ha paura che si verifichi un altro attacco qualora dovesse prendere la metropolitana. Tutto ciò lo limita nel lavoro e condiziona le attività della compagna. Attualmente presenta a volte tristezza e svalutazione.

**12) Descrivere le interviste semi-strutturate e fare un esempio**

Le interviste semi-strutturate sono interviste standardizzate e codificate. L'intervistatore segue delle domande standard, ma le domande possono essere riformulate o aggiunte durante il colloquio. Per la somministrazione serve un addestramento e la condizione di "essere clinici". Il conduttore dell'intervista ha un atteggiamento direttivo e pone l'attenzione verso i contenuti. Gli item dell'intervista fungono da canovaccio, per cui possono essere riformulati, mentre le risposte possono essere sia di tipo stringente (sì/no) che narrative, poiché possono essere interpretate.

I vantaggi di questo tipo di intervista sono il fatto che raccoglie molte informazioni e permette una valutazione sistematica. L'unico svantaggio è dato dal fatto che se il clinico non è competente la sistematicità è poco utile.

Un esempio di intervista semi-strutturata è la SCID-5, che è un'intervista diagnostica ed indaga la storia clinica del paziente (ogni modulo indaga un capitolo del DSM-5).

**13) Cos'è e come si struttura il colloquio orientato al sintomo**

Il colloquio orientato al sintomo si interessa di segni, sintomi, comportamenti, all'andamento prevedibile, alla risposta al trattamento, oltre a tutto ciò che può produrre una risposta al trattamento e ha una ricorrenza a livello familiare. L'obiettivo è quello di fare una diagnosi, conseguentemente una prognosi e un contratto terapeutico.

Il prototipo del colloquio orientato al sintomo è caratterizzato da una fase introduttiva, in cui vi è: accoglienza, introduzione e valutazione del problema, con follow up delle impressioni preliminari; vi è poi la parte centrale caratterizzata dalla raccolta della storia del paziente (anamnesi), e la parte conclusiva, caratterizzata dalla diagnosi e restituzione, dalla prognosi e il contratto terapeutico. Il colloquio può durare dai 45 ai 60 min, in cui 10 min sono dedicati alla fase introduttiva, 40 min alla fase centrale e 20 min alla fase conclusiva.

**14) Anamnesi patologica remota + esempio**

Interesse rivolto verso passati eventi di vita del paziente clinicamente rilevanti, quindi episodi già conclusi. Area da indagare = *patologie psichiatriche* di cui il paziente può aver sofferto nel corso della sua vita. Questa è un tipo di informazione che si desume facendosi descrivere dal paziente ogni episodio di malattia presentato: ci si fa dire l'età di esordio, i sintomi manifestati, quanto i sintomi sono mantenuti e l'intensità con cui si sono presentati. Si avrà una descrizione chiara e puntuale della durata, frequenza e intensità dei sintomi verificatisi nell'ambito di ogni singolo episodio di malattia.

La patologia psichiatrica si manifesta in episodi singoli o ricorrenze o cronicità.

- Se il paziente dice che ha avuto solo un episodio nella vita, quell'episodio sarà singolo e circoscritto: si raccoglierà una descrizione dei sintomi presentati in quel periodo di vita, della loro durata e della loro intensità. Ci si deve sincerare che a conclusione dell'episodio il paziente abbia riconquistato il completo benessere e che non siano rimasti sintomi residui.
- Se il paziente ha presentato più di un episodio, bisognerà indagare se tra l'episodio e un altro sia stata raggiunta una condizione di asintomaticità o se, invece, ha continuato a presentare dei sintomi. -> In questo caso, si deve verificare se i sintomi continuavano a soddisfare la diagnosi, così da stabilire che l'episodio più acuto si è concluso, ma persistono sintomi nella fase inter-critica o inter-episodica. => Si deve verificare lo stato di salute del paziente tra un episodio e un altro.

Questo tipo di indagine dovrà essere effettuata rispetto ai problemi psicosociali o ambientali o rispetto ai pattern di disadattamento cronici eventuali o subcronici. È necessario indagare il livello di compromissione

funzionale che il paziente ha presentato. La perdita di un normale funzionamento nelle aree sociale, lavorativa e familiare è un indicatore chiaro di una gravità del quadro clinico.

Per ogni episodio di malattia si deve capire:

- se prima dell'episodio è successo qualcosa che poteva spiegare l'attivarsi dell'episodio, così da trovare una relazione temporale sufficientemente stretta da stabilire un rapporto causa-effetto.
- Se il paziente ha consultato qualcuno per chiedere aiuto: misura sia la gravità del quadro clinico sia la consapevolezza della malattia da parte del paziente
- se il paziente ha fatto qualcosa o gli è stato consigliato di fare qualcosa per risolvere il problema: si indaga se il paziente ha ricevuto un intervento psicologico e se sì, se era di tipo di supporto, generico o se ha ricevuto un intervento specifico, facendosi specificare se era una psicoterapia e se sì, di che orientamento. Si indaga così se la terapia era inappropriata o senza alcun risultato specifico. Questo serve a comprendere in modo stringente se c'è una corrispondenza tra la patologia manifestata e l'adeguatezza del trattamento proposto.
- se la terapia psicologica ricevuta è stata somministrata nei tempi, luoghi e modi appropriati, oltre a chi l'ha svolta
- com'è uscito il paziente dall'episodio: a volte il paziente esce spontaneamente, altre volte con un supporto familiare, altre perché intervengono figure professionali.
- L'esito, ovvero com'è andato a finire ogni episodio e l'esito della terapia: è importante verificare i sintomi residui perché il paziente che esce da un episodio di malattia senza sintomi ha meno rischio di ricaduta mentre quello che esce dalla fase acuta ma mantiene dei sintomi rimane in una condizione **di persistenza di sintomi residui**.
- Il funzionamento inter-episodico: vedere se il paziente stava completamente bene tra un episodio e l'altro oppure se non aveva mai recuperato (non tornare ad un funzionamento normale è un fattore di rischio perché significa che permane un disagio sufficiente a continuare a far sì che il paziente non possa svolgere le sue normali attività).

Andare ad indagare i singoli episodi della malattia pregressa del paziente consente di comporre un quadro complessivo del decorso della malattia, per poterla definire o meno cronica.

Esempio:

all'età di 19 anni, al passaggio dalla scuola media superiore all'università ha presentato ansia e preoccupazione inerenti all'opportunità di proseguire con l'università, la preoccupazione per il futuro, paura di affrontare il presente e fallire, senso di incapacità di studiare e coltivare relazioni. In quel periodo ha sospeso le attività sportive e provava senso di colpa verso i genitori che gli stavano mantenendo gli studi. I sintomi sono durati per circa sei mesi (il primo semestre) dopo di che ha sospeso la frequenza per un mese per imparare il metodo giusto da usare all'università, col supporto della famiglia e degli amici. Il secondo semestre è migliorato ma era supportato dal fratello. Ha stretto amicizia con un gruppo di compagni universitari e grazie ad esso è riuscito a conquistarsi l'autonomia nello studio. Concluso il percorso è dovuto entrare nel mondo del lavoro e di nuovo ha presentato ansia e preoccupazione, sintomi perdurati per tre mesi finché non ha trovato uno stage che lo ha aiutato molto.

#### 15) Le tecniche di conduzione del colloquio per il paziente **collaborante**

Il paziente collaborante è colui che è disponibile a narrare la sua storia per raccogliere l'opinione del clinico, è alla ricerca di aiuto. Quando siamo di fronte al paziente collaborante si possono combinare domande aperte e domande focalizzate. Le tecniche di conduzione del colloquio si basano principalmente sull'utilizzo di:

- *Continuazione*: se il paziente esita nella narrazione lo si esorta a continuare, es: "Poi cos'è successo?"
- *Enfatizzare*: modo per spingere il paziente ad essere preciso, ad esempio enfatizzando un concetto, come "Quindi le capita spesso di essere triste?"
- *Ridirezionare*: si riporta il paziente su un tema che si vuol approfondire, "può tornare a dirmi perché?"
- *Transizione*: si ha bisogno che il paziente si sposti nella tematica. Può essere:
  - o *Graduale*: spostare il topic andando ad indagare una sfaccettatura particolare dell'argomento.
  - o *Accentuata*: passaggio in maniera soft ad un altro argomento, es: "Passiamo ad un altro argomento".

- Improvvisa: si sposta il topic verso altro senza dirlo direttamente al paziente. Viene utilizzata quando il paziente divaga o si perde in elementi secondari. È utile con i pazienti manipolatori.

#### 16) Tecniche di conduzione del colloquio per il paziente **resistente**

Il paziente resistente è un paziente con cui è più difficile collaborare quindi per cercare le informazioni si usano altre strategie. Tra le tecniche di conduzione vi sono:

- *l'espressione dell'accettazione*: si fa capire al paziente che si è lì ad accoglierlo sospendendo il giudizio (utile anche nei setting clinici che possono favorire resistenza del paziente);
- la *confrontazione*: nel caso in cui si colga degli elementi rilevanti, ma non esplicitati dal paziente, per renderli tali si può fare un confronto rispetto a ciò che si percepisce (tipo "La vedo a disagio, vogliamo parlare dell'eventuale motivo?");
- la *confrontazione sulle conseguenze*: quando si vede un fenomeno clinico importante, si può chiedere le conseguenze di ciò al paziente (ad esempio, se il paziente è poco desideroso di narrarsi, si dirà: "Lei è il mio miglior alleato, è l'unico che può guidarmi affinché la aiuti");
- lo *spostamento*: si sposta il topic originario verso una visione d'insieme della situazione, focalizzandoci su qualcosa a cui il paziente non sta ponendo la giusta attenzione (ad esempio, "Ha mai pensato a come reagirebbe la sua famiglia qualora morisse?");
- *l'esagerazione*: si utilizza affinché posta la domanda iperbolica il paziente possa aggiungere informazioni (ad esempio "Non ha mica rubato un diamante?" risposta: "Mi sento in colpa, potrei aver tolto tempo ai miei colleghi a lavoro");
- *l'induzione a vantarsi*: utile con pazienti che fanno fatica a condividere una narrazione, li si fa ragionare, nel tentativo di vantarsi potrebbero raccontare una parte di verità.

#### 17) Tecniche di conduzione del colloquio per il paziente **difeso**

È un paziente difficile con cui non è facile attivare una narrazione. Bisogna avvicinarsi quindi con molta cautela. Le tecniche di conduzione del colloquio comprendono:

- *aggiramento*: quando si notano elementi ostici si può scegliere di non farli diventare oggetto della narrazione (bisogna quindi stare attenti a non toccare tasti dolenti);
- *rassicurazione*: rassicurando si fa comprendere che si è protesi verso l'interlocutore come dotato di buone intenzioni nell'ascolto;
- *distrazione*: si distrae il paziente quando utilizza dei comportamenti non consoni (ad esempio, "è venuto alla visita solo per urlare?");
- *confrontazione*: serve a far capire che non si è inermi, ma dotati di senso critico + che si riesce anche a cogliere degli elementi di ostilità;
- *interpretazione*: si mostra che si è presenti, in grado di interpretare ciò che il paziente pensa -> si utilizza per fare chiarezza.

#### 18) Finalità del colloquio

Le finalità del colloquio possono essere legate al fatto che il paziente presenta un disturbo psichiatrico e necessita di un trattamento. Se il quadro è grave può essere necessario decidere se dev'essere ospedalizzato, se ha bisogno di una struttura di assistenza nella vita quotidiana oppure se riesce a mantenere un buon funzionamento. In altri casi, la finalità può essere quella di verificare se ci sono alterazioni del funzionamento cognitivo del paziente, quindi alterazione dei processi mentali, una responsività dei sintomi all'ambiente ed alla motivazione, una responsività dei sintomi al trattamento. Quando il colloquio è diagnostico, sarà finalizzato a fare una diagnosi e a formulare una prognosi ed una proposta di trattamento. Un'altra finalità del colloquio è conoscere il livello di funzionamento di base del paziente, definito in corrispondenza di quello che era prima dell'inizio della malattia e notarne le alterazioni, andando a fare un inquadramento della condizione clinica del paziente sia di stato che di tratto, in modo da poter identificare gli obiettivi del trattamento e verificarne le capacità.

#### 19) Assessment del funzionamento di base

Una finalità del colloquio è conoscere il livello di funzionamento di base del paziente, definito in corrispondenza di quello che era prima dell'inizio della malattia e le eventuali variazioni successive, andando

a fare un inquadramento della condizione clinica del paziente sia di stato che di tratto, in modo da poter identificare gli obiettivi del trattamento e verificarne le capacità.

È necessario valutare la gravità della sintomatologia, ovvero quanto i sintomi vengono ad inficiare il normale funzionamento del paziente. Si prende poi in considerazione le relazioni interpersonali, poiché possono rappresentare una risorsa nell'attuazione di un funzionamento di base più appropriato del paziente o una mancanza. È importante conoscere anche il lavoro, espressione chiara del livello di attività del paziente, di quanto rende ed è produttivo, quanto si inserisce socialmente. Infine, è importante anche l'attività del tempo libero, se il paziente ha un funzionamento più ottimale rispetto ad un funzionamento di chi non lo ha.

20) Cosa indagare per conoscere il pattern di uso delle sostanze

Si deve tenere in considerazione che le sostanze classiche sono divise in classi: alcool, oppioidi, stimolanti, depressogeni, allucinogeni, fenilciclidine, nicotina, caffeina. Purtroppo, questa lista non sarà mai esaustiva in quanto vengono continuamente prodotte nuove sostanze.

Per indagare l'uso di sostanze si chiede l'età del primo utilizzo, il periodo di massimo utilizzo e quant'è durato (esempio: "Che età aveva lei quando ha raggiunto il picco di uso?"), la frequenza di utilizzo (quanti giorni a settimana/mese/trimestre e quante volte nello stesso giorno), la via di somministrazione (inalatoria, orale, endovenosa), si chiede di specificare se ha avuto periodo di sospensione e la sua durata.

Solitamente quando si indaga l'uso di sostanze si domanda anche la probabilità di sintomi di tolleranza/astinenza (se lontano dal momento di assunzione non si sentiva bene e se sì che sintomi aveva), se è presente una storia di malattia medica precedente/successiva, se è presente una storia di trattamenti (possibili cure), se ha avuto dei problemi con la giustizia (indicatore di gravità del quadro clinico).

21) Descrivere come si redige l'anamnesi medica e portare un esempio.

Nell'anamnesi medica vengono raccolte tutte quelle informazioni relative alle patologie organiche pregresse e attuali del paziente: ciò dà un'idea dello status di salute complessivo del paziente. Infatti, una patologia organica può aver attivato una sofferenza psicologica o una patologia psichiatrica (come una depressione maggiore a seguito di un infarto al miocardio). Ciò che si può verificare è che la sofferenza psicologica presente oggi possa influire negativamente sul decorso della patologia organica, ad esempio se il paziente sta facendo una terapia farmacologica per una patologia organica e necessita di un'altra per una patologia psichiatrica, si dovrà verificare se queste due terapie possono coesistere e se vi sono degli effetti collaterali. NB: si può verificare anche la condizione opposta, ove una sofferenza psicologica o psichiatrica porta ad una patologia organica, (es: paziente che fa un uso di sostanze contrae l'HIV). In altri casi i prodromi (le prime manifestazioni cliniche di una patologia organica) sono proprio di tipo psichiatrico: quelli che sembrano sintomi psichiatrici sono le manifestazioni iniziali di una patologia organica.

Un esempio di anamnesi medica raccolta dal paziente può essere:

"Mario soffre di intolleranze alimentari da 3 anni, è allergico al pelo di gatto e ha un braccio ingessato per un incidente in motorino".