

**Gruppo di Lavoro di Psicologia Oncologica
A.I.O.M.**



**ATTI DEL 2° CONVEGNO NAZIONALE
CANCRO: PSICOLOGIA E CLINICA**

**A cura di
Eleonora D. Capovilla e Mario V. Fiorentino**

EDISTAMPA EDITORE.

SCHEDA DI ANAMNESI PSICOFISICA E SOCIALE PER IL PAZIENTE NEOPLASTICO

E. CAPOVILLA, A. MARIGGIO, S. MARTELLA, P. MUZZU, M.V. FIORENTINO

Divisione di Oncologia Medica - ULSS 21 - Padova

Il progressivo affermarsi in ambito clinico della psico-oncologia pone la questione della collaborazione e della integrazione dei diversi ruoli all'interno dell'équipe curante: in particolare tra l'attività dello psicologo e quella del medico oncologo.

In questa ottica si è cercato di mettere a punto uno strumento che fosse idoneo ad articolare in termini concreti un possibile modello di soluzione per tale esigenza e, al tempo stesso, rispondesse al bisogno di una corretta valutazione psico-oncologica del malato neoplastico.

Il progetto ha preso l'avvio dall'utilizzo, in forma modificata, delle scale I e IV del CBA 2.0 (1) relative agli aspetti psico-fisico-sociali del soggetto da valutare. Tra gli obiettivi del lavoro, si ci proponeva in primo luogo di superare la distanza che, almeno a livello istituzionale, ancora separa la visione del malato come identità istologica-anagrafica dalla sua identità psicofisica e sociale, a favore invece di una considerazione globale del paziente nelle varie fasi di malattia.

È stata scelta l'anamnesi come centro di indagine per tre motivi fondamentali:

- 1) di ordine storico: è una raccolta indifferenziata di dati conoscitivi ed oggettivi del paziente, secondo l'uso corrente della semeiotica medica;
- 2) di ordine dinamico: è la prima e fondamentale valutazione in senso dinamico del paziente e ne introduce gli aspetti evolutivi in relazione alla malattia
- 3) di ordine terapeutico: l'espressione in forma verbale-emotiva, in presenza di malattia organica, costituisce già di per sé un evento di rilevanza terapeutica.

La scheda anamnestica viene somministrata a tutti i pazienti che per la prima volta accedono alla Divisione di Oncologia Medica dell'ospedale Civile di Padova: ospedalizzati, in day hospital o ambulatoriamente. La prima fase di somministra-

zione del questionario, sotto forma di intervista, ha riguardato un campione di 65 pazienti di cui 27 maschi e 38 femmine, con un range di età da 22 a 84 anni ed un'età mediana di 52,5 anni. Sono stati inclusi pazienti con neoplasie del seguente tipo di origine:

18	mammella	3	testicolo	2	stomaco	1	rene
9	polmone	4	prostata	2	vescica	1	mieloma
7	ovaio	4	esofago	1	laringe	1	linfoma
7	hodgkin	2	utero	2	melanoma	1	intestino

Sulla base della discussione di questa esperienza, si è poi pervenuti all'integrazione dei contenuti dello strumento e ad una sostanziale modifica della sua stessa destinazione d'uso:

- le scale di partenza I e IV del CBA sono state unificate
- gli item ridefiniti e raggruppati secondo una nuova sequenza ordinata, in 12 temi d'anamnesi psico-fisica e sociale;
- dal modello di autocompilazione si è passati ad una definizione dello strumento in forma di colloquio strutturato;
- in questo modo sono state delineate le finalità generali di utilizzo nei termini di una valutazione complessiva del paziente, neoplastico e di una raccolta mirata dei dati da comunicare al medico curante.

Le modifiche e le aggiunte apportate sono qui presentate nella suddivisione per temi che costituisce la traccia del colloquio:

1) *Dati anagrafici* (17 item)

Sono riportati i dati di identificazione anagrafica, ai quali si aggiunge l'attribuzione dell'oncologo che ha in carico il paziente.

2) *Famiglia di origine, attuale e formazione* (21 item)

Ci si è preoccupati, in particolare con l'aggiunta degli item 2.1 - 2.2 - 2.3 - 2.4 - 2.15 - 2.16, di ricavare dati riguardanti:

- a) l'esplorazione del clima familiare di origine per un approccio agli aspetti emotivo-caratteriali della personalità del paziente;
- b) una maggiore definizione della qualità dei rapporti con gli oggetti di identificazione ed introiezione primaria (genitori, altri parenti e reciproche relazioni);

c) l'individuazione del transfert prevalente (utile per chiarire in seguito il tipo di rapporti che tendenzialmente il paziente può instaurare, per es., con il personale curante).

3) *Stato civile attuale* (4 item)

Riunificazione degli item corrispondenti nelle scale di origine comprendendo anche quello relativo alla qualità delle relazioni affettive.

4) *Funzionalità sessuale* (4 item)

Si è inteso rilevare il livello di funzionalità sessuale in rapporto dinamico con gli eventuali interventi chirurgici subiti dal paziente (item 4.1 - 4.3).

5) *Attività lavorativa* (6 item)

Con l'inserimento dell'item 5.2 tra quelli di origine si è cercato di definire meglio l'attività del paziente compatibilmente alla discontinuità che si riscontra nelle connessioni tra malattia, lavoro e terapia.

6) *Lavoro ed abitudini personali* (5 item)

Sotto questa voce sono raggruppati i corrispondenti item di origine.

7) *Abitudini alimentari e riposo* (7 item)

Nel 7.2 e 7.5 sono inserite specificazioni riguardanti l'eventuale dieta e gli psicofarmaci assunti in funzione del sonno.

8) *Valutazioni del paziente* (5 item)

Nell'8.3 si è voluto fornire una occasione di ascolto alle simbolizzazioni formulate dal paziente, nel corso del colloquio, sul vissuto della malattia. Con l'aggiunta degli item 8.4 e 8.5 si fa esplicito riferimento a problemi che possono insorgere nell'impatto con la struttura sanitaria.

9) *Dolore e condizione fisica* (6 item)

Sono riproposti, con minime varianti, gli ambiti d'indagine di partenza.

10) *Anamnesi psicologica e/o psichiatrica* (6 item)

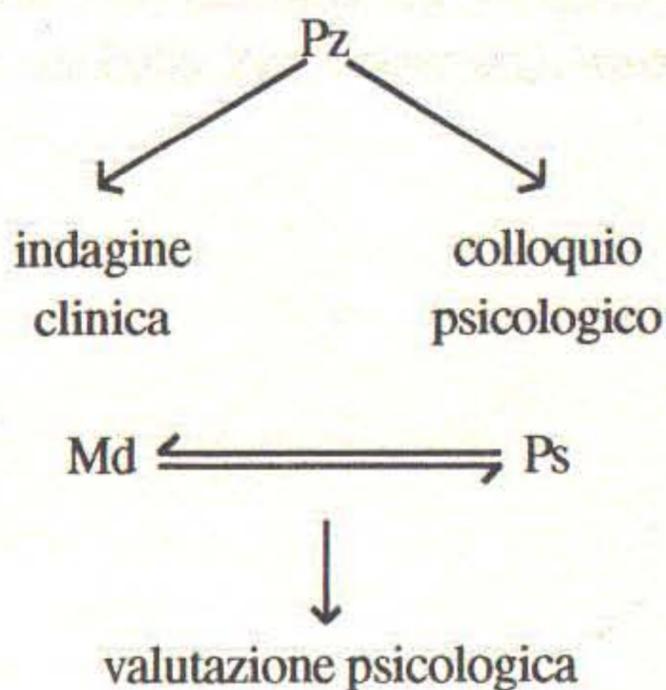
Comprende uno screening dei principali item corrispondenti nella scala IV, con

qualche utile specificazione.

11) 12) *Note riassuntive e integrazioni da colloquio con il medico (2+6 item)*

Nella parte finale e riassuntiva della scheda è prevista una modalità di compilazione integrata fra dati psico-anamnestici acquisiti con il colloquio e quelli clinici forniti dai medici oncologi. Lo scambio di comunicazione avviene nel corso della breve presentazione del caso che fa seguito al primo rispettivo approccio con il paziente. Questo scambio permette di fatto la definizione clinica della valutazione psico-oncologica.

Nella sua applicazione concreta, lo strumento si è dimostrato una opportunità di comunicazione, di confronto e un efficace stimolo all'interazione dell'équipe medico-psicologica della Divisione.



È utile ribadire che gli aspetti innovativi e qualificanti del lavoro sono connessi all'applicazione in ambito clinico dello strumento in presenza di sofferenza organica del paziente e, dunque, con specificità affatto differenti rispetto a quelle dei tradizionali settori di intervento psicologico e/o psichiatrico.

La stessa cartella clinica del paziente registra l'avvenuto colloquio di valutazione ed è previsto l'inserimento al suo interno di una breve relazione conclusiva a cura dello psicologo.

Nell'esperienza degli intervistatori, lo strumento ha altresì evidenziato - quale diretta conseguenza del rapporto tra psicologo e paziente - un importante effetto di contenimento dell'ansia: nel luogo di degenza, prime delle visite ambulatoriali, all'inizio dei trattamenti chemioterapici.

Un effetto secondario rispetto agli obiettivi del lavoro, emerso nel corso dell'applicazione, è la possibilità, da parte del paziente, di poter esprimere esplicitamente, oppure in forma implicita, il suo bisogno di supporto psicologico prolungato nel tempo. Infine, il colloquio strutturato fornisce il grado di maturità e di consapevolezza raggiunto dal paziente rispetto allo stato di malattia; tale valutazione è utile al curante al momento della comunicazione della diagnosi e dei relativi trattamenti.

BIBLIOGRAFIA

Bertolotti G., Michielin P., Sanavio E., Simonetti G., Vidotto G., Zotti A.M., *CBA "Cognitive Behavioural Assessment"*, IV edizione, Org. Speciali, Firenze, 1986