



Elena Berselli
Francesca Menozzi

La raccolta dei dati bio-psico-sociali

Con in appendice il Modello anamnestico ARP

100 domande

 hogrefe

100 domande

Collana diretta da Daniele Berto

La raccolta dei dati bio-psico-sociali

Elena Berselli e Francesca Menozzi

Con in appendice il Modello anamnestico ARP

100 domande




La raccolta dei dati bio-psico-sociali

Elena Berselli e Francesca Menozzi

ISBN: 978-88-98542-38-3

Come utilizzare questo libro

Nelle pagine che seguono troverete le seguenti icone:

	glossario	rinvia a un termine o a un contenuto spiegato nel glossario alla fine del volume; la parola o l'espressione cui la voce si riferisce è ombreggiata nel testo, o riportata sotto l'icona
	freccia	suggerisce di leggere la risposta alla domanda con quel numero per avere una visione più completa dell'argomento
	link	suggerisce la consultazione del sito web indicato

© 2018, Hogrefe Editore, Firenze
Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze
www.hogrefe.it

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino
Redazione: Alessandra Galeotti
Impaginazione: Stefania Laudisa
Copertina: Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

Presentazione

La raccolta dei dati bio-psico-sociali costituisce il punto di partenza di ogni processo (psico)diagnostico. L'azione di raccolta deve però necessariamente fare riferimento a tre macro-aree secondo una concezione multidimensionale della salute e della malattia. Salute e malattia, intese quindi come l'esito dell'interazione tra l'area biologica, l'area psicologica e l'area sociale.

Nel corso degli anni è apparso sempre più importante rimediare a una sorta di confusione con cui talvolta sono stati raccolti i dati, proponendo via via l'utilizzo di metodologie che hanno attivato il coinvolgimento del paziente nonché favorito il focus sia su elementi oggettivi della sua storia che su elementi soggettivi. Ciò ha permesso di superare il concetto di anamnesi diversificata nelle sue varie espressioni (medica, psicologica, fisiologica, patologica, familiare), a favore di una visione più organizzata, integrata e complessiva dei dati. In questo modo è possibile raccogliere non un mero elenco cronologico o tematico, bensì un insieme di dati significativamente intrecciati tra loro e tali da permettere la ricostruzione della storia, delle esperienze e dei vissuti significativi del paziente.

Questo testo risponde alle domande e ai dubbi che più frequentemente vengono posti sulla raccolta dei dati bio-psico-sociali, dando all'argomento quell'importanza che a volte è stata sottostimata. La chiarezza e la praticità con cui Elena Berselli e Francesca Menozzi rispondono alle 100 domande, rendono questo libro uno strumento particolarmente chiaro, agile ed utile, facendolo rientrare pienamente nel filone della psicologia pratica, cioè di quella psicologia che permette un'immediata operatività di quanto viene presentato, teorizzato e discusso.

Le autrici, che hanno studiato ed approfondito per molto tempo il tema della raccolta dei dati, applicandolo in ambito clinico e proponendolo come una vera e propria metodologia in ambito didattico, presentano in appendice anche il modello applicativo attualmente utilizzato presso l'Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica di Milano (ARP).

Daniele Berto

Le autrici

Elena Berselli

Psicologa e psicoterapeuta, è professore a contratto di Tecniche del colloquio presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca. Socio ordinario di ARP Studio Associato, dove svolge attività clinica, didattica e di supervisione, e socio dell'Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica (ARP), ha pubblicato diversi lavori relativi al processo diagnostico e agli strumenti di valutazione. Si occupa di gestione di percorsi diagnostici in équipe; di valutazione dinamica della propensione all'apprendimento e applicazione degli strumenti del programma di potenziamento cognitivo e metacognitivo secondo il metodo Feuerstein (PAS); di sostegno psicologico alle problematiche legate alle difficoltà scolastiche e adolescenziali; di consulenza a genitori su tematiche inerenti all'apprendimento, al disagio scolastico e alle problematiche adolescenziali. È referente dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia per i DSA.

Francesca Menozzi

Psicologa e specializzanda in psicoterapia, collabora come anamnesta presso ARP Studio Associato ed è socio dell'Associazione per la Ricerca in Psicologia clinica (ARP). Da diversi anni si occupa di sostegno psicologico alle problematiche legate alle difficoltà scolastiche. Ha pubblicato lavori relativi al processo diagnostico e al colloquio in psicologia clinica.

INDICE

PARTE I

Aspetti generali e teorici

Cosa significa e come si struttura (1-13)	1
I modelli teorici di riferimento (14-18)	15
Memoria autobiografica (19-20)	20
Processo diagnostico (21-24)	22
Alleanza (25-27)	26
I diversi format e i contesti di applicazione (28-31)	28
Anamnesi raccolta con il paziente (32-34)	32
Anamnesi raccolta con i genitori/familiari (35-38)	35
Anamnesi specializzata (39-42)	38

PARTE II

Aspetti pratico-applicativi

Le modalità operative (43-52)	42
Le aree di indagine (53)	50
Storia familiare (54-60)	50
Anamnesi fisiologica (61-63)	56
Storia scolastica (64-65)	61
Anamnesi lavorativa (66-67)	63
Dimensione interpersonale (68-69)	65
Sessualità (70-72)	68
Anamnesi patologica (73-74)	71
Anamnesi psicopatologica (75-77)	73
Abitudini di vita (78-79)	75
Life event (80-81)	77
Le situazioni critiche (82-93)	79
La stesura della relazione anamnestica (94-99)	89
Database informatizzati (100)	94
Bibliografia	96
Glossario	99

APPENDICE

Modello anamnestico ARP	103
-------------------------------	-----

PARTE I

Aspetti generali e teorici

1. Cosa si intende per raccolta dei dati bio-psico-sociali?

Per raccolta dei dati bio-psico-sociali intendiamo il processo attraverso il quale si indaga la storia di vita personale e familiare di un paziente e il suo funzionamento attuale e passato.

La raccolta dei dati bio-psico-sociali costituisce generalmente una fase di un più ampio processo diagnostico, finalizzato alla comprensione del funzionamento psicologico e psicopatologico della persona, e ne condivide alcune caratteristiche fondamentali, quali la sospensione del giudizio da parte del clinico e l'assenza di interventi che abbiano un intento modificatorio. La scelta di fare esplicitamente riferimento a diverse macro-aree di esplorazione è in accordo con una concezione multidimensionale della salute e della malattia, intese come l'esito dell'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali.

Ad oggi non esiste un unico modello per la raccolta dei dati bio-psico-sociali: le modalità con le quali il clinico decide di strutturare il lavoro variano in funzione dello scopo che si è proposto, delle caratteristiche psicopatologiche del paziente, delle variabili contestuali o di altre necessità che possono occorrere nel momento in cui si decide di iniziare la ricostruzione anamnestica. In modo trasversale ai diversi format e ai modelli di lavoro, la raccolta anamnestica prevede il coinvolgimento attivo del paziente o di un suo familiare che, insieme al clinico, si troverà a ripercorrere la storia di vita, ricostruendone le tappe fondamentali sia sul piano degli accadimenti, sia rispetto ai



21-24



16, 30

**Elementi oggettivi
e dati soggettivi**

vissuti personali. La raccolta dei dati dovrebbe, infatti, riferirsi a due tipologie di informazioni: da una parte gli elementi oggettivi, che hanno caratterizzato la storia personale e familiare, le relazioni significative, gli eventi critici e le condizioni di vita; dall'altra i dati soggettivi, e quindi le percezioni personali delle esperienze vissute, così come le ricadute emotive delle stesse. In quest'ottica, si potrebbe, quindi, parlare di un "incontro tra esperti": l'uno – il paziente – come principale conoscitore delle conseguenze che ciascun evento di vita può aver avuto su di sé e sul proprio funzionamento, l'altro – il clinico – quale esperto dei diversi modi di organizzare e riordinare le informazioni raccolte.

2. La raccolta dei dati bio-psico-sociali equivale all'anamnesi?

Il termine "anamnesi" deriva dal greco *anàmnēsis* – letteralmente "ricordo", "reminiscenza" – ed è comparso già agli albori della medicina in riferimento ai modelli di raccolta della storia medica proposti da Ippocrate (IV-V sec. a.C.) e successivamente da Galeno (II sec. d.C.). Nel corso degli anni, la parola *anamnesi* ha assunto una valenza più ampia, riferendosi ai processi di raccolta di informazioni personali di svariata natura e declinandosi in contesti diversi, da quello strettamente medico sino alla psichiatria e alla psicologia clinica. Ad oggi, si possono quindi distinguere tipologie di *anamnesi* anche molto differenti tra loro per oggetto di indagine e modalità di conduzione (*anamnesi* medica, psicologica, fisiologica, patologica, familiare, ecc.), che appartengono a precisi ambiti e caratterizzate da un focus specifico.

Con la dizione estesa "raccolta dei dati bio-psico-sociali" si intende quello specifico lavoro di ricostruzione dei dati autobiografici, tipico della psicologia clinica, che pone l'accento sulla raccolta di informazioni inerenti a tutti i principali ambiti dello sviluppo umano (fisico, psichico e delle relazioni interpersonali). In questo volume si ricorrerà principalmente alla dicitura *raccolta dei dati bio-psico-sociali* mentre il termine *anamnesi* sarà utilizzato come sinonimo, in riferimento alla raccolta della storia di vita del paziente nelle sue dimensioni biologiche, psicologiche e sociali.



28, 30

3. Cosa si intende per dati biologici?

I dati biologici sono quelle informazioni che riguardano un individuo in quanto essere vivente dotato di funzioni, organi e strutture specifiche. Oltre al sesso e all'età, durante la raccolta anamnestica dovranno essere indagati alcuni fenomeni di natura organica, sia in relazione ai processi fisiologici sia a quelli patologici, che possono aiutare a comprendere meglio il funzionamento generale della persona. Tra i dati biologici rientrano quindi lo stato di salute fisica, le informazioni relative allo sviluppo neurofisiologico, la presenza di ritardi o di arresti evolutivi e di patologie mediche e/o psichiatriche personali e/o nel gentilizio. Anche eventuali anomalie anatomiche o nei processi di funzionamento biologico devono trovare un adeguato spazio di indagine nella raccolta.

Una domanda sufficientemente ampia quale, ad esempio, "Come sta di salute?" permette di introdurre il tema del benessere psicofisico, focalizzandosi sull'eventuale malessere attuale, che per il paziente potrebbe essere più facile da descrivere. Sarà poi necessario estendere l'indagine al passato. Se gli eventi o le informazioni richieste si riferiscono a periodi di vita in cui il paziente era molto piccolo o se non era nel pieno delle sue facoltà fisiche e mentali (ad es., nel caso di stati prolungati di incoscienza o di eventi traumatici particolarmente intensi), l'esplorazione dovrà necessariamente attenersi a quanto è stato riferito, iniziando semplicemente a chiedere:

- *Cosa le hanno raccontato?*
- *Ha qualche ricordo diretto di quel periodo?*

Un'indagine attenta di quest'area dovrebbe naturalmente includere la ricostruzione dei percorsi di cura svolti dalla persona, con particolare attenzione a eventuali periodi di ricovero, agli interventi o ai trattamenti cui è stata sottoposta, nonché alle eventuali complicazioni. In questa direzione, è fondamentale comprendere quali siano stati gli esiti delle terapie, ma anche cercare di cogliere la qualità dei rapporti che la persona ha costruito nel tempo con i curanti, evidenziando eventuali criticità o difficoltà specifiche nelle relazioni di aiuto; questo aspetto è di certo particolarmente importante per ottenere

Le informazioni su un individuo in quanto essere vivente

L'infanzia

I percorsi di cura



informazioni sulla possibilità e sulla capacità della persona di costruire rapporti di fiducia e di mantenere nel tempo una relazione di cura, basata sull'alleanza e su una sufficiente *compliance*. A questo proposito, le domande possibili sono molteplici, ad esempio:

- *Come si è trovato con il medico?*
- *Come mai ha deciso di cambiare ospedale/curante?*
- *È stato difficile seguire le prescrizioni?*
- *Ha trovato che le terapie siano state efficaci?*

**Gli aspetti
psicologici
correlati alle
patologie**

Il lavoro di indagine sulla dimensione organica dell'esperienza non dovrebbe, inoltre, prescindere dall'integrazione dei dati oggettivi con gli aspetti psicologici correlati alle diverse patologie o condizioni critiche. Particolare attenzione dovrebbe, quindi, essere posta a rilevare l'incidenza del problema sulla qualità della vita e sull'immagine di sé, le relative ricadute emotive, così come l'impatto sul funzionamento personale, sia dal punto di vista sociale sia sul piano scolastico e professionale. A questo proposito alcune domande potrebbero essere:

- *Pensa che la sua condizione abbia inciso sulla sua vita?*
- *Ha dovuto assentarsi spesso da scuola per questo problema?*
- *Si è mai sentito frenato o limitato nelle relazioni sociali?*
- *Ritiene che la sua condizione abbia influito o influisca sul modo in cui affronta i suoi impegni lavorativi?*
- *I suoi superiori si sono mai lamentati per il suo problema?*

La rete di sostegno

Per ottenere un quadro chiaro delle risorse interne ed esterne su cui la persona ha potuto e può contare, diventa importante raccogliere informazioni anche sulla rete di sostegno, ricostruendo le reazioni dell'ambiente alla malattia o alla problematica specifica e gli interventi messi in campo per affrontare la situazione. In questo modo è possibile cogliere l'adeguatezza e l'efficacia dei supporti ricevuti e le eventuali difficoltà, raccogliendo così anche dati cruciali sul funzionamento familiare e interpersonale.

Qualora il paziente non fosse in grado di fornire informazioni attendibili rispetto a dati che si ritengono particolarmente

importanti (ad es., l'esito di un esame medico, diagnosi formulate in passato, ecc.) il clinico potrà decidere di avvalersi di **altre fonti di informazione** in modo da ottenere un quadro il più possibile esaustivo.



34

4. Cosa si intende per dati psicologici?

Tra i dati psicologici rientrano tutte quelle informazioni relative allo stato mentale della persona, alle sue emozioni, ai suoi pensieri e alle sue credenze. Le molteplici dimensioni che caratterizzano il funzionamento psicologico sono in parte indagabili direttamente nel corso della ricostruzione anamnestica, in parte osservabili in modo indiretto, oppure richiederanno di essere esplorate in altre situazioni cliniche, ad esempio tramite l'impiego di specifici strumenti psicodiagnostici.

Generalmente attraverso la raccolta anamnestica è possibile cogliere alcuni aspetti legati alle capacità di pensiero e alla tenuta dell'esame di realtà ed evidenziare se si siano verificate difficoltà di ordine cognitivo durante il percorso evolutivo. Inoltre, è possibile esplorare le capacità di controllo e di gestione delle difficoltà nei diversi momenti di vita, informazioni che possono contribuire a costruire un quadro più completo.

Anche la percezione di sé e degli altri e le credenze che accompagnano questa dimensione possono essere ricostruite insieme al paziente nel corso del lavoro anamnestico. Soprattutto nel racconto dei primi anni di vita è necessario tenere presente che potrebbero emergere rappresentazioni di sé e degli altri diverse o contrastanti, che dovranno essere esplorate attraverso domande mirate, quali, ad esempio:

- *Mi ha detto che sua madre spesso le rimproverava di essere un bambino che ascoltava poco: si riconosce in questa descrizione?*
- *Secondo lei come mai sua madre aveva questa impressione?*

È importante sottolineare come, non di rado, le persone si accontentino alla raccolta anamnestica con l'idea di fornire un racconto "oggettivo" della propria storia, trascurando l'importanza della qualità emotivo-affettiva che inevitabilmente colora

Le informazioni sullo stato mentale, le emozioni, i pensieri, le credenze

La percezione di sé e degli altri

I vissuti emotivi l'esperienza, passata e attuale, di ognuno. I vissuti emotivi che hanno accompagnato un particolare evento della propria vita, personale e/o familiare, così come la preoccupazione riguardo al proprio stato di salute o ad altri accadimenti significativi, costituiscono elementi preziosi al fine di comprendere l'insorgenza del disturbo attuale. In altri termini, è importante che il clinico non si limiti alla mera raccolta di informazioni, ma indaghi anche le ricadute emotive degli eventi e i vissuti relativi sia al "là e ora" delle specifiche situazioni raccontate, sia al "qui e ora" del momento in cui vengono rievocati gli episodi. In questa direzione, alcune domande utili potrebbero essere:

- *Si ricorda cosa ha pensato in quel momento?*
- *Può provare a raccontare come si è sentito?*
- *A distanza di tempo, il suo modo di sentire rispetto a questo episodio si è modificato?*

Inoltre, in aggiunta alle informazioni fornite in modo diretto dal paziente, è importante prestare attenzione anche alle osservazioni che il clinico stesso può compiere nel momento in cui il paziente ripercorre un evento significativo, in particolare in relazione all'effetto che produce il racconto e alla congruità o meno delle sue manifestazioni emotive durante la narrazione. Tra i dati psicologici di interesse dell'anamnesta rientrano, infine, tutte le problematiche che il paziente lamenta e/o i disturbi che il clinico può rilevare nel corso del lavoro. Un'attenta ricostruzione dei comportamenti, degli affetti e delle emozioni, ma anche dei sintomi e delle condizioni di disagio che hanno caratterizzato e caratterizzano l'esperienza della persona, potrà aiutare nell'individuazione e nella definizione del malessere riscontrato. In questa direzione è importante porre particolare attenzione a tutti gli aspetti implicati, lavorando per circoscrivere e definire nel modo più accurato possibile le caratteristiche della sofferenza della persona.



5. Cosa si intende per dati sociali?

Le informazioni su come l'individuo si relaziona con il mondo esterno

I dati sociali sono quelle informazioni che riguardano il modo in cui l'individuo entra in relazione con gli altri e, più in generale, si interfaccia con il mondo esterno. Tale dimensione ri-

guarda sia la rete sociale di riferimento, nelle sue connotazioni qualitative e quantitative, sia le relazioni interpersonali con gli altri e le caratteristiche delle stesse.

La raccolta di queste informazioni non può prescindere dall'indagine della sfera familiare, amicale, affettiva e lavorativa della persona, con particolare attenzione alla quantità e alla qualità delle interazioni con gli altri significativi, nonché al grado di partecipazione e di integrazione nei diversi ambiti di vita. Entrando nello specifico, alcune domande di esempio possono essere:

La sfera familiare, amicale, affettiva e lavorativa

- *Durante l'infanzia aveva uno o più amici stretti?*
- *Capitava che venisse invitato a casa di qualche compagno?*
- *Come si trova con i suoi colleghi? Li frequenta anche al di fuori dell'ambito lavorativo?*
- *Le capita spesso di trovarsi in disaccordo con le persone?*

Durante la raccolta dei dati, il clinico dovrà quindi promuovere il lavoro di ricostruzione della storia di vita, sollecitando la persona a delineare le caratteristiche degli altri significativi, per come li percepisce e li rappresenta, e a descrivere le proprie modalità di entrare in relazione nelle diverse circostanze. Anche nell'esplorazione della dimensione sociale è importante tenere in considerazione sia le caratteristiche "oggettive" dell'ambiente sociale sia le percezioni soggettive delle differenti situazioni interpersonali. Un buon lavoro ricostruttivo dovrebbe così permettere non solo di ottenere un quadro chiaro dell'integrazione sociale della persona e della bontà delle sue relazioni, ma anche di evidenziare l'esistenza di eventuali pattern relazionali disfunzionali e ripetitivi e la capacità del paziente di coglierli; a tal fine si può ad esempio chiedere:

Promuovere la ricostruzione della storia di vita

- *Le è capitato di sentirsi così in altre situazioni/con altre persone?*
- *Ha l'impressione che le sue relazioni si siano interrotte per motivi simili?*
- *Le sembra che questi problemi con gli altri si siano già verificati in passato?*

Particolare attenzione dovrà essere posta a tutte le criticità

Porre attenzione alle criticità che investono la dimensione sociale

che possono investire la dimensione sociale, a partire dalla tendenza all'isolamento e al ritiro sino a un elevato livello di conflittualità nelle relazioni. In presenza di manifeste problematiche a carico della sfera sociale, la raccolta dei dati avrà l'obiettivo di contestualizzare le difficoltà, consentendo altresì di differenziare le problematiche che hanno avuto un'origine precoce da quelle più recenti e/o limitate nel tempo. Nel caso si riscontrino marcate difficoltà in questo ambito, in particolare se originatesi in età infantile, può risultare utile ricorrere anche al contributo dei familiari, al fine di ricostruire con maggiore accuratezza i primi periodi di vita della persona e definire le caratteristiche dell'ambiente familiare e relazionale in cui è cresciuta.

6. A cosa serve la raccolta dei dati bio-psico-sociali?

La raccolta dei dati bio-psico-sociali permette di ottenere una serie di notizie relative alla vita precedente e attuale del paziente e delle persone a lui legate, contestualizzando il problema specifico in un quadro più ampio. Come si vedrà in seguito, la ricostruzione anamnestica è uno strumento utilizzabile in molteplici ambiti – sociale, clinico, peritale, ecc. – e come tale implica obiettivi specifici in relazione al **contesto di utilizzo**. Il grado di specificità dell'indagine e le modalità di conduzione del lavoro si modificheranno di conseguenza in modo funzionale agli scopi da raggiungere.

In un'ottica clinica, la ricostruzione delle condizioni e della storia di vita della persona sarà condotta in modo da facilitare l'individuazione di possibili fattori di rischio e di resilienza e ottenere una visione più chiara della psicopatologia e dell'incidenza della sofferenza nella vita quotidiana. Inoltre, una ricostruzione dettagliata della storia personale e familiare potrà favorire la rilevazione dei fattori predisponenti, precipitanti o acuti e di mantenimento del disagio, facilitando così una comprensione della attuale dimensione psicopatologica. Nei contesti di valutazione clinica, la raccolta dei dati anamnestici può quindi contribuire a delineare in un'ottica storica diversi aspetti del funzionamento generale, fornendo dati di natura longitudinale che potranno essere integrati con quelli trasver-



28

Nei contesti clinici

sali emersi dalla somministrazione di test, dai colloqui o da altre visite specialistiche. In questo senso, è possibile indagare la qualità delle relazioni interpersonali attraverso una ricostruzione che si soffermi sulle relazioni primarie e che, in un'ottica evolutiva, raccolga informazioni sulle capacità di relazionarsi con gli altri e sull'integrazione sociale nel corso del tempo; allo stesso modo, la raccolta dei dati potrà fornire informazioni utili su altre dimensioni fondamentali dell'esperienza – ad es., lo sviluppo fisiologico e patologico, l'adattamento scolastico/professionale, ecc. – contribuendo così a costruire una visione più completa del paziente e del suo disagio.

Nei contesti di intervento di area psicosociale il focus si sposta, invece, da una dimensione strettamente psicologica e psicopatologica a una prospettiva maggiormente centrata sulla possibilità di individuare le risorse, personali e ambientali, disponibili. In quest'ambito, il lavoro di ricostruzione anamnestica può rappresentare uno strumento utile per delineare il percorso evolutivo ed evidenziare i punti di forza e di debolezza che connotano la situazione della persona, in modo funzionale alla pianificazione di un intervento efficace.

In ambito peritale, ancora, la raccolta dei dati bio-psico-sociali potrà inserirsi come strumento utile a raccogliere tutte quelle informazioni sulla storia di vita della persona e/o della famiglia coinvolta che possono aiutare a comprendere la situazione attuale anche alla luce di una storia pregressa.

Trasversalmente ai differenti contesti di impiego, lo scopo della raccolta dei dati bio-psico-sociali rimane dunque prettamente “diagnostico”, nella misura in cui rappresenta un processo volto a comprendere la persona attraverso la ricostruzione degli accadimenti trascorsi ma anche delle sue modalità di funzionamento in ambiti e tempi diversi, evidenziando caratteristiche psicologiche e psicopatologiche personali e familiari e definendo la situazione ambientale.

Negli interventi psicosociali

In ambito peritale

7. Chi raccoglie i dati?

La persona che si occupa di raccogliere la storia di vita del paziente è generalmente un professionista della salute mentale e dell'ambito psicosociale – psicologo clinico, psicoterapeuta, psichiatra, assistente sociale, ecc. – in alcuni contesti definito



anamnesta. Spesso, nella pratica clinica comune tale ruolo è ricoperto dalla stessa persona che si occupa della valutazione e della eventuale presa in carico del paziente.

Nel modello proposto in questo volume, l'anamnesta è una figura con una sua specificità: si tratta, infatti, di uno psicologo clinico appositamente formato per svolgere tale compito, che si limiterà a incontrare il paziente per il tempo necessario alla raccolta dei dati. In linea generale, è preferibile che sia l'inviante stesso, che conosce il paziente, a scegliere chi si occuperà dell'anamnesi e a fornire al collega le informazioni che riterrà più opportune per permettergli di svolgere al meglio il lavoro. Ovviamente il ricorso a una figura "terza" non è sempre possibile e, anzi, talvolta è preferibile che sia la stessa persona che ha svolto i primi colloqui con il paziente a raccogliere i dati anamnestici.



8. È necessario un setting specifico?

La raccolta dei dati bio-psico-sociali prevede necessariamente un setting specifico, indispensabile per lavorare con un paziente al fine di ottenere un quadro esaustivo delle diverse aree di vita. La raccolta anamnestica, intesa come strumento di indagine nell'ambito della psicologia clinica, si svolge nella forma di un colloquio semistrutturato, dove la narrazione è guidata dalle domande del clinico; in questo senso, nel colloquio si alterneranno momenti in cui il paziente ripercorre più liberamente una determinata area, a momenti in cui l'anamnesta dovrà intervenire per chiedere puntualizzazioni e chiarimenti e in ogni caso stabilirà quando le informazioni raccolte su uno specifico argomento siano sufficienti. Ciò significa che il clinico si troverà a dover contenere la narrazione del paziente quando troppo prolissa oppure a sollecitare un maggiore approfondimento o, ancora, avrà talvolta bisogno di riprendere alcuni argomenti già trattati. Proprio per questi motivi, è indispensabile che il paziente abbia fin da subito un'idea chiara del tipo di lavoro proposto e che possa attivamente collaborare al compito senza vivere le domande del clinico come invadenti o percepire le eventuali interruzioni al suo racconto come mancanza di interesse, ma possa facilmente ricondurle alla "struttura" del lavoro anamnestico. Presupposto fonamen-



46



11



86



85

tale e imprescindibile è quindi condividere con il paziente le modalità di raccolta dei dati, in modo da rendere esplicita la necessità di trovare il giusto spazio per ogni argomento.

9. Come si differenzia l'anamnesi da un colloquio clinico?

Mentre la raccolta dei dati bio-psico-sociali si occupa di norma di considerare – con diversi livelli di specificità – tutte le aree della vita del paziente, il colloquio clinico prende solitamente avvio da quello che il paziente ritiene il motivo del suo disagio e solo raramente segue una linea temporale nell'affrontare i diversi argomenti.

La raccolta dei dati bio-psico-sociali è uno strumento di lavoro finalizzato all'acquisizione di tutte quelle informazioni longitudinali che possono contribuire alla comprensione del funzionamento della persona e prevede, quindi, una serie di vincoli maggiori rispetto al colloquio, dove non esiste un compito "strutturato" da portare a termine. Se nei colloqui clinici è, infatti, possibile focalizzarsi anche soltanto su un argomento per tutta la durata dell'incontro, nel lavoro di ricostruzione anamnestica è invece necessario modulare i colloqui in modo da poter includere e trattare tutte le aree di indagine previste, a seconda dell'obiettivo. Poi, i colloqui clinici hanno una durata prestabilita, mentre nella raccolta dei dati bio-psico-sociali vi è solitamente più elasticità, proprio perché si tratta di un lavoro specifico e temporalmente definito. La struttura degli incontri sarà quindi diversa sia rispetto al setting, sia rispetto alla relazione tra clinico e paziente, fermo restando che i due strumenti di lavoro sono comunque accomunati dalla necessità di ricercare con la persona una buona alleanza di lavoro.

Maggiori vincoli rispetto al colloquio

➔ 47

➔ 25-27

10. Come si struttura il rapporto con l'inviante? E come evolve nel corso della raccolta?

Quando un paziente o un suo familiare viene inviato a raccogliere l'anamnesi, colui che la richiede fornisce generalmente all'anamnesta alcune informazioni preliminari sulla situa-





zione. In particolare, nei casi più critici o dove siano presenti eventi traumatici pregressi, quali ad esempio abusi o maltrattamenti, è importante che l'anamnesta ne sia messo a conoscenza prima di intraprendere il lavoro in modo da affrontare tali aree con particolare cautela. Inoltre, l'inviante potrà dare eventuali indicazioni per l'approfondimento di specifici eventi o ambiti dell'esperienza della persona, a seconda degli elementi emersi durante i primi colloqui.

Nel contesto della ricostruzione anamnestica è sempre fondamentale contattare l'inviante in caso di problemi che insorgano nel corso degli incontri, segnalando tempestivamente eventuali modificazioni significative o peggioramenti del quadro di funzionamento del paziente. Anche nelle situazioni in cui la persona si dimostri in particolare difficoltà nel lavoro proposto è sempre opportuno contattare l'inviante e discutere delle criticità, eventualmente concordando una sospensione. Al termine della raccolta dei dati, l'anamnesta stenderà una relazione riassuntiva degli elementi anamnestici emersi destinata al clinico o all'operatore che ha richiesto l'anamnesi, dove i dati saranno organizzati e rielaborati in modo da descrivere con precisione la storia di vita della persona.



94, 95

11. Quando è preferibile che sia l'inviante stesso a condurre la raccolta dei dati bio-psico-sociali?

Inviare un paziente a un altro psicologo clinico per raccogliere i dati bio-psico-sociali presenta indubbiamente una serie di vantaggi, sia perché permette di ottenere un altro punto di vista sulla situazione clinica, sia perché l'anamnesta, non influenzato dai dati del colloquio, può raccogliere la storia del paziente in modo spesso più accurato. Lo psicologo che incontra il paziente nelle fasi iniziali, infatti, – pur sospendendo il giudizio ed evitando diagnosi frettolose – potrebbe essere spinto ad approfondire una determinata area, guidato dalle impressioni iniziali, rischiando così di trascurare altre informazioni significative e di non raccogliere un'anamnesi completa. Inoltre, il necessario cambio di setting tra colloquio clinico e raccolta dei dati bio-psico-sociali potrebbe essere più difficile da affrontare per il paziente se le due diverse situazioni si svolgono con



la stessa persona, mentre potrebbe risultare più semplice separare i due ambiti, vivendo con un clinico la situazione del colloquio e con un altro la raccolta dei dati.

Tuttavia, nella pratica clinica si riscontrano alcuni casi in cui l'invio del paziente a un altro operatore risulta controindicato. In particolare, nelle situazioni in cui il paziente sia in un momento di crisi particolarmente significativo o quando si rintraccino seri problemi nella costruzione di una sufficiente alleanza di lavoro, il passaggio – seppur limitato nel tempo e finalizzato a un compito specifico – potrebbe essere mal tollerato dal paziente e compromettere il proseguimento del lavoro diagnostico. Anche nel caso degli adolescenti – proprio per la criticità relativa alla costruzione dell'alleanza in questa fase evolutiva – si rivela generalmente più utile che sia lo stesso clinico che ha svolto i primi colloqui a raccogliere anche alcuni dati anamnestici (comunque parziali, data l'impossibilità per un adolescente di ricostruire in modo dettagliato la propria storia evolutiva), evitando così al ragazzo di dover incontrare una persona diversa; naturalmente, in questi casi diventa preferibile inviare i genitori del paziente a raccogliere i dati in modo più completo e strutturato.



25



35-38

12. Quali sono i vantaggi della raccolta dei dati bio-psico-sociali?

Il lavoro di ricostruzione della storia di vita di una persona permette spesso di evidenziare i fattori che possono aver interferito sullo sviluppo o che hanno contribuito all'insorgere o al manifestarsi di una problematica di natura psicologica; al contempo, consente di mettere in luce le modalità relazionali e gli eventuali pattern disfunzionali, elementi che rappresentano di certo una ricchezza in termini di conoscenza e di comprensione del funzionamento del paziente.

Introdurre la raccolta dei dati bio-psico-sociali come strumento che permette di raccogliere informazioni fondamentali sulla storia di vita – in particolare se integrata in un più ampio lavoro diagnostico che possa basarsi anche sui dati emersi dai colloqui, da eventuali altre visite specialistiche e dalla somministrazione di test –, prima di dare avvio a un percorso psicoterapeutico, può ridurre il rischio di un'indicazione al trat-

Evidenzia i fattori che hanno contribuito all'insorgere della problematica



25

tamento che non tenga in debita considerazione tutti i fattori coinvolti e che si riveli quindi errata.

Da sottolineare, altresì, come il lavoro di ricostruzione anamnestica permetta generalmente di rinforzare l'alleanza diagnostica con il paziente, poiché proprio grazie all'accurato lavoro di indagine sulla sua storia personale il paziente può avvertire un attento e sincero interesse per la propria condizione di sofferenza.

13. Quali sono i limiti della raccolta dei dati bio-psico-sociali?



57

La qualità del lavoro di ricostruzione anamnestica è strettamente connessa alla capacità e/o alla possibilità della persona coinvolta di fornire i dati richiesti con sufficiente accuratezza e attendibilità, aspetto che può in diverse situazioni costituire un limite importante di questo strumento di lavoro. Per quanto un'anamnesta cerchi di ricostruire scrupolosamente la storia personale e familiare di una persona, monitorando con attenzione la qualità dell'alleanza con il paziente, è infatti possibile che emergano comunque dati lacunosi, incompleti o francamente inattendibili. Il clinico dovrà quindi riflettere attentamente su quali aspetti abbiano disturbato la ricostruzione anamnestica, considerando che la psicopatologia del paziente occupa sempre un ruolo importante. I differenti quadri clinici, infatti, possono tradursi in molteplici condizioni interferenti, sia sul piano della relazione tra anamnesta e paziente, sia rispetto alla possibilità di ottenere le informazioni desiderate. Citando solo alcune delle svariate situazioni critiche, è ad esempio possibile che la sfiducia e la diffidenza del paziente siano di impedimento alla costruzione di una buona alleanza e che questo si traduca in dati superficiali e poco attendibili; si possono poi verificare situazioni in cui la narrazione risulti sbilanciata a favore di ricordi di tono negativo, oppure appaia stereotipata ed eccessivamente generica. In alcuni casi, inoltre, la sintomatologia può interferire in modo significativo rendendo talvolta molto difficile, quando non impossibile, la raccolta dei dati.



25



93

In tutte queste situazioni non è comprensibilmente possibile contare su informazioni realmente esaustive e attendibili, per

cui diventa indispensabile impiegare anche altri strumenti di lavoro e prestare particolare attenzione al rischio di sovrastimare il potere esplicativo dei dati raccolti.

14. Quali sono le origini dell'anamnesi?

Il metodo anamnestico affonda le sue radici nella pratica medica dell'antica Grecia (V sec. a.C.), periodo in cui compare per la prima volta questo concetto. L'anamnesi, intesa come ricostruzione della storia clinica del paziente, rappresentava, infatti, uno dei momenti essenziali dell'attività medica, unitamente alla diagnosi (l'analisi dei sintomi attuali) e alla prognosi (la previsione sul decorso della malattia). Si dovrà aspettare la fine dell'Ottocento per la sua applicazione nel campo della psichiatria, con le descrizioni dei casi di Janet, Freud e Breuer, Jung e Adler.

La prima sistematizzazione della raccolta anamnesticistica psichiatrica si deve a Menninger (1962) e al suo lavoro sulla formulazione del caso; nell'ottica di giungere a una comprensione più approfondita del paziente, l'autore propone una ricostruzione anamnesticistica vasta e dettagliata, che prenda in considerazione anche le percezioni soggettive e l'impatto degli avvenimenti sugli atteggiamenti e i comportamenti del paziente. A partire da questa proposta nel corso del tempo si sono sviluppati numerosi altri modelli.

Karl Menninger



16

15. Quali sono le differenze tra anamnesi medica e anamnesi psicologica?

Anamnesi medica e anamnesi psicologica condividono un obiettivo di tipo ricostruttivo, ma si differenziano significativamente rispetto a caratteristiche, modalità di conduzione e tempistiche. L'anamnesi medica, infatti, si focalizza in particolare sulle componenti organiche dell'esperienza, mentre l'anamnesi psicologica è orientata a ripercorrere in chiave psicologica l'intera vita della persona.

Nello specifico, l'anamnesi medica ha l'obiettivo di raccogliere la storia clinica del paziente, in riferimento alla problematica oggetto di interesse in quel momento, rilevando e descrivendo

**L'anamnesi medica
raccolge la storia
clinica**

le modalità di insorgenza e il decorso della patologia. L'indagine si focalizza, quindi, sui processi fisiologici e patologici, sia nel passato sia nella situazione attuale (*anamnesi fisiologica e patologica*, suddivise in *anamnesi prossima e remota*) e si allarga generalmente fino a comprendere un'indagine sullo stato di salute dei familiari, con l'obiettivo di individuare i fattori di rischio genetici, ambientali oppure un'eventuale predisposizione familiare. Per arrivare a un corretto inquadramento del problema, il medico si avvarrà anche dei dati clinici disponibili, degli esami medici pregressi e attuali e in genere di tutta la documentazione che possa aiutare nella definizione e nella comprensione del disturbo attuale. Tale tipologia di anamnesi implica, quindi, un oggetto di esplorazione chiaramente definito e limitato, con l'obiettivo finale di raccogliere dati utili per giungere a una diagnosi descrittiva del disturbo, con un'attenzione limitata o comunque parziale ai correlati psicologici della malattia.

**L'anamnesi
psicologica
riguarda tutti
gli ambiti
dell'esistenza**

Diversamente, l'anamnesi psicologica (intesa come ricostruzione dettagliata dei dati bio-psico-sociali) investe generalmente tutti gli ambiti dell'esistenza di una persona, che saranno affrontati in chiave longitudinale ed esplorati sia sul piano oggettivo – i fatti – sia sul piano soggettivo – i vissuti che hanno accompagnato e che contraddistinguono i diversi accadimenti. L'oggetto di interesse si sposta, quindi, da un ambito molto specifico e delimitato a una ricostruzione della storia di vita della persona considerata nella sua interezza. L'obiettivo diviene quello di contestualizzare il disagio del paziente in una cornice storica, che tenga conto di tutte le dimensioni che connotano l'esperienza di una persona. A questo proposito è importante precisare che nel caso di un'anamnesi medica lo scopo ultimo è di solito immediatamente e facilmente comprensibile da parte del paziente, che può invece faticare a comprendere come l'indagine di accadimenti, fatti e vissuti non direttamente collegabili alla sofferenza attuale possa essere utile per risolvere il disagio. Questo significa che lo psicologo dovrà aiutare la persona a comprenderne i motivi, esplicitando chiaramente le caratteristiche e le finalità del lavoro proposto, così da favorire una migliore collaborazione da parte della persona coinvolta.

**Lo scopo
dell'anamnesi
medica è più
facilmente
comprensibile dal
paziente**

Per tutti i motivi sopradescritti, l'anamnesi medica richiede generalmente un tempo piuttosto breve, che si esaurisce di so-

lito in un unico incontro, mentre per raccogliere un'anamnesi psicologica esaustiva e completa si rende necessaria una durata di certo superiore.



47

16. Esistono in letteratura dei modelli di raccolta dei dati bio-psico-sociali?

Ad oggi in letteratura si possono delineare cinque orientamenti fondamentali.

La raccolta dei dati non focalizzata costituisce l'approccio che si riscontra più di frequente nella pratica clinica. Si tratta di una raccolta di dati, perlopiù di tipo storico, che avviene successivamente alla presa in carico psicoterapeutica o comunque in un contesto già orientato alla cura. Non vi è una sistematicità nell'indagine e la richiesta di informazioni di solito è funzionale all'approfondimento di particolari argomenti emersi nel corso dei colloqui. Tale modalità di raccolta di dati può essere di ausilio al clinico che ha difficoltà nella gestione della seduta ma presenta diverse criticità: oltre al rischio di ottenere dati incompleti, la scarsa sistematizzazione può complicare la formulazione di ipotesi chiare rispetto alla pianificazione e/o al proseguimento del lavoro psicoterapeutico.

**Anamnesi
non focalizzata**

La raccolta dettagliata è un metodo di indagine volto a esplorare tutte le aree di vita del paziente attraverso domande puntuali e dettagliate. Tale approccio, derivato dal metodo medico e di cui Menninger (1962) ha proposto un'applicazione al contesto psichiatrico, permette di ottenere una grande mole di informazioni utili ai fini di formulare e comunicare al paziente diagnosi, prognosi e indicazione al trattamento. I modelli successivi di raccolta dettagliata e di formulazione del caso hanno permesso di declinare tale metodologia in accordo con i diversi approcci teorici (psicodinamico, cognitivo-comportamentale, ecc.), producendo schemi e griglie di raccolta il più possibile esaustivi al fine di cogliere l'unicità del paziente.

**Anamnesi
dettagliata**

La raccolta dettagliata presenta una serie di indubbi vantaggi: la somiglianza con l'anamnesi medica può essere rassicurante per il paziente, che sentirà il compito come familiare, inoltre un'indagine così strutturata ed esaustiva eviterà di esporlo a

momenti di silenzio o in cui deve essere lui a portare nuovi argomenti. Vi sono però alcuni limiti che devono essere considerati nel momento in cui si decide di abbracciare tale modalità di raccolta, primo fra tutti il suo reale grado di completezza: la memoria umana è altamente fallibile e il racconto del paziente risente inevitabilmente delle variabili di contesto, del tipo di domande poste, del significato individuale attribuito agli eventi e della capacità soggettiva di cogliere e descrivere a parole ciò che gli succede.

Anamnesi selettivamente orientata



Il modello di raccolta selettivamente orientato nasce dall'osservazione che una raccolta completa e dettagliata della storia di vita del paziente (*fact gathering*) presenta il rischio di relegare il paziente in una posizione di passività e ottenere una mole di informazioni difficile da gestire. L'anamnesi selettivamente orientata proposta da Pruyser (1979) ha lo scopo di far partecipare attivamente il paziente al lavoro di valutazione: il focus è sulla raccolta dei dati connessi al problema portato e sull'approfondimento degli argomenti ritenuti rilevanti ai fini del trattamento. Poiché le domande sono mirate e limitate a temi specifici, il tempo richiesto per la raccolta delle informazioni è sensibilmente ridotto rispetto alla modalità dettagliata. La disponibilità del paziente a collaborare o, al contrario, la difficoltà a costruire e mantenere un'alleanza di lavoro saranno elementi cruciali per la buona riuscita del compito. Il modello di raccolta anamnesticamente selettivamente orientato si declina in modo diverso a seconda dell'ambito teorico-clinico all'interno del quale viene applicato: ciascun modello prevedrà gradi diversi di coinvolgimento del paziente e determinerà la tipologia di informazioni raccolte e il loro utilizzo.

Anamnesi specializzata



39-42

Vi sono poi alcuni casi in cui può essere utile condurre un'indagine approfondita su un particolare periodo o su un'area specifica della vita del paziente. La **raccolta mirata o specializzata** è una modalità di anamnesi spesso impiegata con pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare, abuso di sostanze o disturbi specifici dell'apprendimento: domande mirate possono fornire al clinico informazioni utili per ricostruire l'origine e il decorso del disturbo, l'impatto emotivo di tale condizione sul paziente e sui familiari, gli eventuali rimedi adottati, attualmente e/o nel passato.

L'anamnesi raccolta a fini di ricerca consiste, infine, nell'indagare quei dati considerati rilevanti per lo studio che si sta svolgendo. La necessità di ottenere dati completi e il più possibile standardizzati porta il clinico a preferire una raccolta attraverso questionari o elenchi di domande specifiche da porre indistintamente a ciascuna persona.

**Anamnesi
a fini di ricerca**

17. Qual è il modello più efficace?

In linea generale l'efficacia di un modello di lavoro non può essere considerata in senso assoluto, ma in relazione ai contesti di impiego e agli obiettivi che ci si propone. Ogni modello ha, infatti, punti di forza e criticità specifiche così come modalità operative che possono risultare funzionali in alcuni ambiti e controproducenti in altri casi.

**In funzione
dei contesti e
degli obiettivi**

Rispetto alla raccolta anamnestica, i diversi modelli troveranno la loro migliore applicazione in situazioni differenti e le caratteristiche peculiari di ogni approccio potranno essere considerate efficaci in base alla possibilità di quel modello di rispondere alla domanda che la situazione specifica pone. In una consultazione psicologica, ad esempio, potrebbe risultare indicato un lavoro ampio e approfondito, capace di ricostruire anche le dinamiche relazionali che potrebbero aver contribuito all'insorgere di una sofferenza, ma potrebbe anche rendersi necessario un lavoro ricostruttivo molto mirato, quale l'anamnesi specializzata per comprendere la natura e l'andamento di una problematica specifica, come ad esempio un disturbo specifico dell'apprendimento o un disturbo del comportamento alimentare. Diversamente, in ambito psicosociale, il modello di raccolta dei dati – impiegato, ad esempio, da un assistente sociale – si declinerà in modo differente, con focus di indagine maggiormente legati al contesto di riferimento della persona e alle risorse su cui può contare, più che all'approfondimento di specifiche dimensioni psicologiche e psicopatologiche.

In questa direzione, non è pertanto possibile individuare un modello di lavoro più efficace di altri, ma in ogni situazione sarà indispensabile un'attenta valutazione degli obiettivi così come delle competenze dell'operatore, delle risorse e dei tempi disponibili, in modo da individuare il format che maggiormente risponde alle specifiche necessità del momento.



40