

**APPROCCIO ALLA COMUNICAZIONE ED AL COUNSELING COME STRUMENTI DELLA
QUOTIDIANITA' IN MEDICINA GENERALE**

Ore di formazione: 16

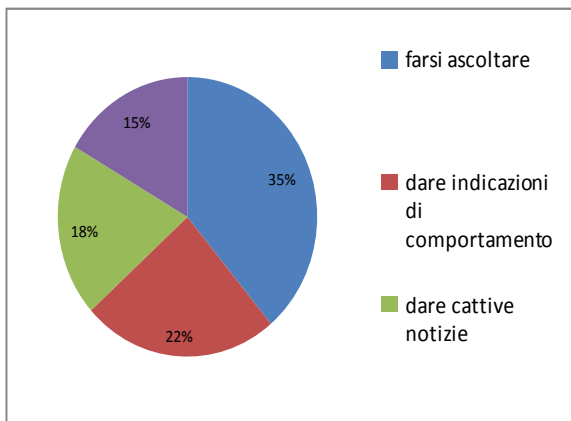
Ecm erogati: 16

MATERIALE DIDATTICO

Introduzione, definizione e storia del counseling

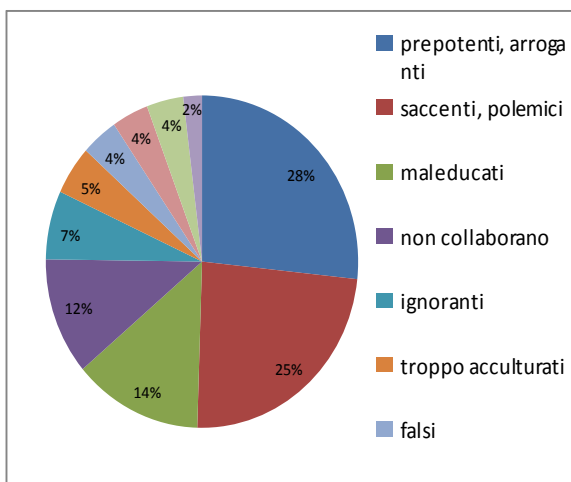
Secondo dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità le malattie croniche sono responsabili del 63% dei decessi annui, percentuale che raggiunge il 70% nei Paesi ad alto e medio reddito.

La presa in carico dei pazienti che convivono con questo tipo di malattia deve prevedere non solo la cura della patologia e delle sue complicanze, ma anche l'educazione del paziente volta alla promozione di stili di vita salutari essendo questi ultimi il principale fattore di rischio delle malattie croniche non trasmissibili. Pertanto, l'educazione del paziente diventa elemento indispensabile per migliorare la qualità di vita e, per intervenire in modo significativo sul decorso e la prognosi di queste patologie, le abitudini di vita devono essere scelte consapevolmente (*empowerment*) ed occorre *motivare i pazienti* sia nella scelta iniziale del cambiamento e sia nelle fasi successive di mantenimento.



In un'indagine promossa dall'*Istituto di Counseling Sistemico Change* di Torino, è stato chiesto a circa 1000 medici quali fossero le principali difficoltà incontrate con i pazienti e le principali sono risultate "farsi ascoltare", "dare indicazioni di comportamento" e "ottenere collaborazione". Di seguito è stato chiesto ai medici intervistati quali ritenevano fossero le caratteristiche dei pazienti "difficili", che sono stati descritti

come "prepotenti, saccenti, polemici, maleducati, ecc".



Ovviamente, però, queste non possono essere considerate caratteristiche intrinseche dei pazienti, bensì atteggiamenti che si verificano nell'ambito di una relazione. In altri termini, il paziente si comporta in quel modo con quel determinato medico, in quello specifico contesto.

Ne consegue che, se le reazioni del paziente si verificano nell'ambito della relazione con il medico, diviene importante analizzare le modalità comunicative del medico stesso, in

quanto possibili cause o concause del comportamento "difficile" del paziente.

Barriere della comunicazione

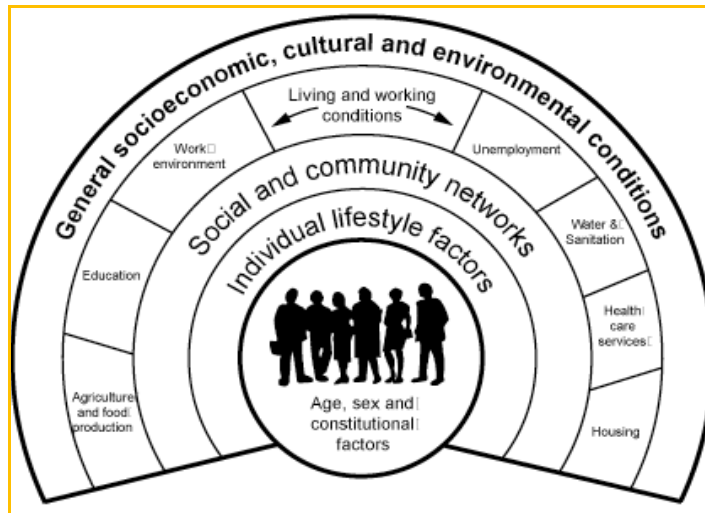
Gli effetti di determinate modalità comunicative sul comportamento sono state messe in evidenza da Thomas Gordon (1918-2002) che ha definito "barriere della comunicazione" quelle modalità comunicative che peggiorano la comunicazione ed ottengono risultati opposti a quelli desiderati.



Si tratta, in effetti, di interventi volti a contrastare ciò che l'altro fa o pensa: il medico si contrappone al paziente nel tentativo di sostituire alle convinzioni di quest'ultimo, ritenute erranee o dannose, le convinzioni razionali proprie della medicina scientifica. Il problema è che le convinzioni del paziente, per quanto sbagliate possano apparire, hanno radici profonde che derivano dalla sua storia familiare e personale, dalle sue opinioni e credenze, dalle correlazioni tra cause ed effetti che egli pensa di aver individuato. Pertanto, pensare che le informazioni del medico possano essere accettate dal paziente e sostituite alle proprie senza difficoltà è quanto meno ingenuo. Il medico potrebbe anche limitarsi ad assumere un ruolo puramente informativo, ma ciò non è corretto né etico perché il suo ruolo principale è quello terapeutico; in altri termini l'ampliamento delle conoscenze del paziente non può essere fine a sé stesso, ma è in funzione del maggior benessere possibile per il paziente stesso ed è compito del medico affiancarlo in questo percorso.

Sicuramente le abitudini ed i comportamenti possono essere modificati, ma il processo di cambiamento non è affatto semplice, né scontato; infatti, nonostante la letteratura sottolinei i vantaggi di uno stile di vita più sano, i dati epidemiologici mostrano un aumento dei comportamenti a rischio e, di conseguenza, delle malattie da essi in parte determinati.

Psicologia del cambiamento



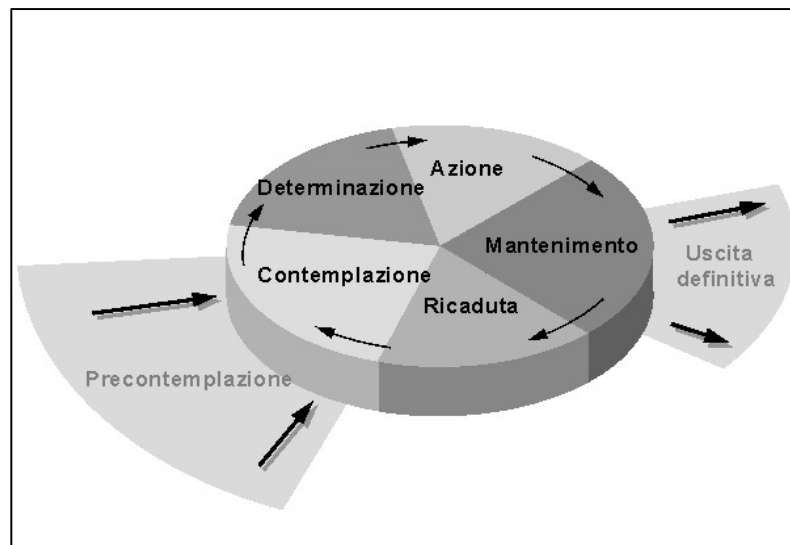
Nel 1996 Marks sottolineò l'importanza di considerare la molteplicità dei fattori che agiscono come determinanti dei comportamenti della salute. Egli propose un quadro di riferimento con una struttura a cipolla in cui al centro troviamo gli individui, caratterizzati da età, sesso e fattori genetici, circondati da quattro livelli di variabili che li influenzano: gli stili di vita individuali (intesi come modelli comportamentali che si mantengono con una certa costanza nel tempo), le influenze sociali e della comunità, le condizioni di vita e di lavoro e le condizioni generali socio-economiche, culturali ed ambientali. Viene così superata la visione ristretta che vede l'individuo isolato dal suo contesto; la grafica a semicerchi rivela una gerarchia di valore tra i diversi determinanti: sono i cerchi più esterni, quelli che rappresentano il contesto, ad influire maggiormente sullo stato di salute dell'individuo.

Nei vari modelli psicologici che hanno tentato di fornire una spiegazione dei comportamenti di salute, la variabile centrale è la percezione del rischio e della propria vulnerabilità; ne consegue che comunicare il rischio, aumentando la percezione dello stesso da parte del paziente, rappresenta il primo passo verso un cambiamento dello stile di vita.

Il cambiamento può essere considerato come il mutamento dinamico di un equilibrio: le motivazioni che provocano la modificazione di un'abitudine maturano a partire da una progressiva accumulazione di elementi negativi che, emergendo alla coscienza, superano gli elementi positivi per i quali l'abitudine stessa si era mantenuta.

Modello degli stadi del cambiamento

Per comprendere l'equilibrio evolutivo dei fattori motivazionali ci può essere d'aiuto il modello degli stadi del cambiamento di *Di Clemente e Prochaska (1982)*, i quali hanno evidenziato come i processi di cambiamento si verificano secondo schemi e regole riconoscibili, sui quali si può interferire intenzionalmente.



Tale modello ipotizza che il cambiamento sia un processo che si sviluppa lungo un continuum caratterizzato da una serie di stadi successivi, con una progressione da uno stadio iniziale di *precontemplazione*, dove il cambiamento non viene affatto preso in considerazione, alla *contemplazione*, dove si inizia una valutazione dei pro e dei contro del cambiamento, e, successivamente, alla *determinazione*, dove viene definito l'impegno per il cambiamento. Il completamento di questi stadi iniziali porta allo stadio dell'*azione* per realizzare lo specifico cambiamento comportamentale. Se questo va a buon fine, l'azione porterà al quinto ed ultimo stadio, il *mantenimento*, in cui si lavora per mantenere e sostenere il cambiamento a lungo termine. In questa fase sono possibili eventuali *ricadute*, che fanno ripartire il ciclo degli stadi.

Ciò che fornisce lo stimolo e l'energia per muoversi all'interno degli stadi è la **motivazione**, necessaria dall'inizio alla fine del percorso.

Spesso i pazienti arrivano con condizioni in cui sono molti i comportamenti da cambiare, a volte in diversi stadi del cambiamento. Ad esempio, un paziente iperteso, sovrappeso e fumatore può essere in uno stadio per quel che riguarda l'adozione di una corretta alimentazione, in un altro stadio riguardo la necessità di un esercizio fisico regolare, in un altro ancora riguardo la cessazione dell'abitudine al fumo. È importante cercare di individuare in quale stadio si trova il paziente riguardo lo specifico comportamento, per poter offrire il tipo di intervento adeguato.

Il modello degli stadi del cambiamento è interessante perché fornisce un concetto unificante, la disponibilità al cambiamento, che è così importante nella pratica clinica che dovremmo utilizzarlo come punto di partenza del nostro intervento. In altre parole, poiché è fondamentale mantenere una congruenza tra il nostro intervento ed il livello di disponibilità al cambiamento del paziente, questo modello può servire da griglia per indicarci con quali strumenti procedere.

Nello stadio di **precontemplazione** i pazienti non sono consapevoli del comportamento problematico oppure sono riluttanti o scoraggiati, pertanto è sicuramente improprio proporre il cambiamento.

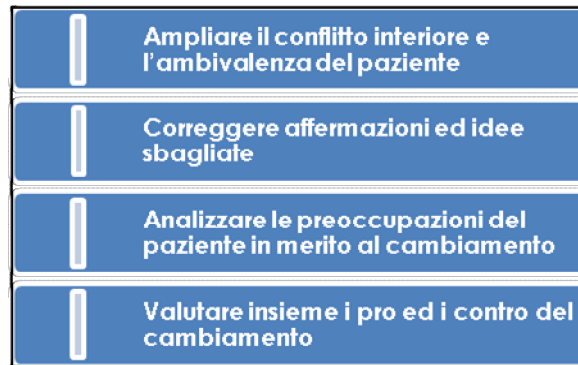
<input type="checkbox"/>	Mantenere il contatto
<input type="checkbox"/>	Aumentare la consapevolezza del problema
<input type="checkbox"/>	Non scontrarsi con le resistenze
<input type="checkbox"/>	Evitare dispute e discussioni
<input type="checkbox"/>	Non essere insistenti
<input type="checkbox"/>	Non giudicare

In questa fase gli unici obiettivi possibili sono mantenere il contatto con il paziente ed aumentare la consapevolezza ed i dubbi circa il comportamento in questione, attraverso la capacità di fornire informazioni adeguate.

A tal fine è importante adottare alcune strategie:

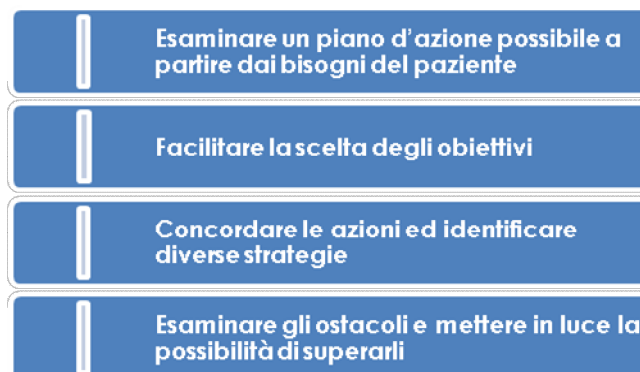
- saper ascoltare;
- esplorare le conoscenze e le opinioni del paziente;
- dare informazioni, ma solo a "piccole dosi" e se c'è il consenso da parte del paziente;
- non dare consigli diretti o, peggio, giudizi;
- creare dubbi per sollecitare la riflessione personale del paziente.

Nella fase di **contemplazione** si osserva una parziale consapevolezza del problema, ma il paziente può essere ancora lontano dall'impegnarsi seriamente al cambiamento e può restare in questo stadio per mesi o anche per anni. La maggior parte dei fumatori si augura di poter smettere di fumare, ma, messi di fronte alla richiesta di impegnarsi seriamente, addurranno infinite ragioni per spiegare che quello non è il momento giusto.



E' lo stadio in cui il paziente sperimenta di più l'ambivalenza, lo stadio in cui le valutazioni dei pro e dei contro del cambiamento sono più o meno in equilibrio, per cui il nostro obiettivo sarà quello di aumentare la frattura interiore tra ciò che si è e ciò che si vorrebbe essere (o che si pensa di dover essere), correggendo affermazioni ed idee sbagliate, per aiutare il paziente a spostare l'ago della bilancia decisionale in favore del cambiamento. Superare l'ambivalenza può richiedere tempo, molta pazienza e persistenza da parte del medico.

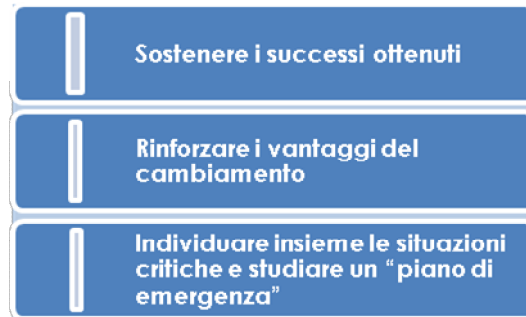
Il paziente nello stadio di **determinazione** appare pronto ad impegnarsi nell'azione ed ha bisogno di mettere a punto un piano che possa funzionare per sé, strategie di cambiamento che siano accettabili, accessibili ed efficaci.



Partendo da una valutazione delle aspettative (realistiche/irrealistiche) e ad una loro eventuale ri-taratura, sarà importante concordare e condividere un piano d'azione contenente obiettivi a breve e medio termine, raggiungibili, accettabili per il paziente, commisurati alle sue effettive capacità, con la dovuta considerazione per le difficoltà individuali e/o contestuali.

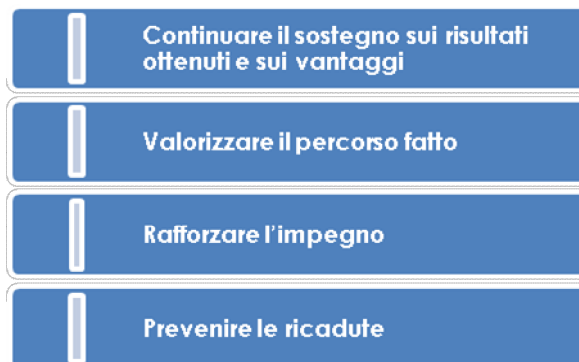
Per arrivare ad un piano che abbia garanzie di validità è necessario aumentare il livello di auto-efficacia del paziente, ad esempio chiedendogli di individuare e raccontare una situazione del passato in cui sia riuscito ad attuare un cambiamento personale e cercando di trasferire quella modalità vincente al nuovo cambiamento che si vuole ottenere.

Nello stadio dell'**azione** il paziente modifica più apertamente il suo comportamento, è lo stadio che richiede l'impegno maggiore di tempo ed energia. Il paziente può avere ancora sentimenti contrastanti, può sentire la mancanza del suo vecchio stile di vita e si sforza di adattarsi al nuovo comportamento.



In questa fase è importante confermarli che sta facendo la cosa giusta e rinforzare i successi ottenuti, anche se parziali. Bisogna, inoltre, rassicurarlo circa il fatto che è in grado di attuare il cambiamento desiderato, in altre parole bisogna sostenere la sua auto-efficacia.

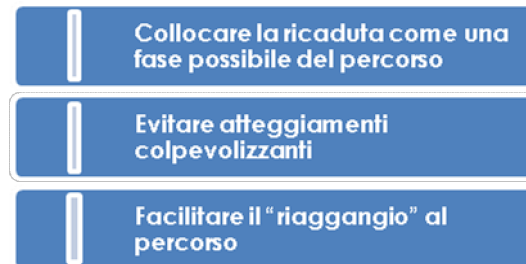
Il **mantenimento** è lo stadio finale in cui il paziente lavora per consolidare i miglioramenti ottenuti e combatte per prevenire una ricaduta. Può durare da un minimo di sei mesi a tutta la vita, soprattutto se l'ambiente in cui vive il paziente è saturo di elementi che possono innescare di nuovo il comportamento problematico; senza un forte impegno nel mantenimento si verificherà sicuramente una ricaduta.



In questa fase il paziente deve essere aiutato a non abbassare la guardia, a mantenere alta l'attenzione sulle situazioni critiche, in cui la tentazione di tornare al comportamento problematico sono particolarmente forti.

Rispetto ai tempi, occorre considerare che per adottare un nuovo comportamento occorrono in media dai tre ai sei mesi, mentre perché il cambiamento attuato diventi parte della vita del soggetto occorre un periodo da 1 a 2 anni.

La **ricaduta** rappresenta un evento che fa ripartire il ciclo degli stadi; indica che è stato commesso uno sbaglio nei compiti degli stadi precedenti, che può riguardare lo stadio della contemplazione (la bilancia decisionale non era così salda come sembrava o la disponibilità al cambiamento non era così forte), o lo stadio della determinazione (il piano non era costruito bene o non era accettabile per il paziente) o qualsiasi altro stadio.



A questo punto bisogna ragionare con il paziente per capire dove c'è stato l'errore, per poter ricominciare senza commetterlo nuovamente. In questo modo la ricaduta sarà vista come un'opportunità per imparare e non come un fallimento.

Definizione di counseling

Il termine *Counseling*, dal verbo inglese *to counsel*, deriva dal verbo latino *consulere*, che significa "venire in aiuto", "provvedere", "aver cura", "darsi pensiero per qualcuno"... Poiché è intraducibile nel suo pieno significato in italiano, ed il termine consulenza è già in uso con un significato diverso, si è convenuto di mantenere anche in Italia la denominazione inglese.

Non vi è, a tutt'oggi, una definizione di counseling chiara ed unanimemente condivisa, ma vi sono alcuni aspetti caratterizzanti che permettono di definirne le sue caratteristiche fondamentali:

1) **E' una forma di intervento di aiuto**, "una molteplicità di interventi, accomunati dall'intento di offrire a soggetti che si confrontano con situazioni conflittuali o con problemi di varia natura, un'occasione, attraverso l'incontro con un'altra persona, di comprendere la propria situazione in modo più chiaro, così che possano affrontare le scelte ed i cambiamenti connessi alle diverse fasi del ciclo della vita" (Valerio P. 1997 *La psicologia di counseling. Appendice all'edizione italiana*, in *Counseling psicodinamico con adolescenti e giovani adulti*, a cura di E. Noonan, Napoli, Gnocchi, pp. 153-176)

2) **Si fonda sull'incontro, la comunicazione e la relazione tra due persone**, il professionista ed il paziente, con lo scopo di permettere a quest'ultimo di esplorare le sue difficoltà e di trovare la possibilità di cambiamento

3) **La relazione è finalizzata ad aiutare il paziente.** Viene enfatizzato il ruolo attivo e di protagonista del paziente; il counseling consiste *nell'aiutare le persone ad aiutarsi* (Di Fabio A.M. *Dalla teoria all'applicazione*, Firenze, Giunti 1999)

4) **Ha lo scopo di aiutare il paziente ad affrontare vari tipi di problemi e difficoltà,** utilizzando le risorse personali a disposizione: *"offre alla persona la possibilità di esplorare, scoprire e rendere chiari gli schemi di pensiero e di azione, per vivere più congruentemente, vale a dire aumentando il proprio livello di consapevolezza, facendo un uso migliore delle proprie risorse rispetto ai propri bisogni"* (Di Fabio A.M. *Counseling. Dalla teoria all'applicazione*, Firenze, Giunti 1999)

5) **Il counselor mette a disposizione le proprie competenze nella relazione di aiuto,** utilizzando le proprie abilità comunicative e relazionali.

Tutte queste caratteristiche sono ben evidenziate nella definizione di counseling proposta dall'Associazione Britannica di Counseling (BAC):

"Il counseling è l'uso, professionale e regolato da principi, di una relazione, nell'ambito della quale il cliente è aiutato nel processo finalizzato a facilitare una miglior conoscenza di sé e l'accettazione dei propri problemi emotivi e a portare avanti la propria crescita emozionale e lo sviluppo ottimale delle proprie risorse personali. Lo scopo finale è di fornire al cliente un'opportunità di vivere in modo soddisfacente ed in base alle proprie risorse. La relazione di counseling può variare a seconda dei bisogni, ma riguarda comunque i compiti evolutivi ed è rivolta a risolvere problemi specifici, a prendere decisioni, a fronteggiare momenti di crisi, a sviluppare un insight personale ed una migliore conoscenza di sé, e ad elaborare sentimenti connessi a conflitti personali o a migliorare le relazioni con altre persone. Il ruolo del counselor è quello di aiutare il cliente rispettando i suoi valori, le sue risorse personali e la sua capacità di autodeterminarsi".....

Origini del counseling



Rollo May (1909-1994)



Carl Rogers (1902-1987)

Il Counseling prende avvio in America alla fine dell'800. Il termine venne usato al suo esordio per definire l'attività di orientamento professionale offerta ai soldati che rientravano dalla guerra e che necessitavano di una ricollocazione professionale; venne applicato successivamente all'attività di orientamento scolastico e professionale e all'assistenza sociale e infermieristica.

Negli anni 50 Carl Rogers e Rollo May definirono il Counseling nella sua attuale accezione di una relazione nella quale il cliente è assistito da un Counselor nell'affrontare i temi problematici della propria esistenza, senza però rinunciare alla libertà di scelta e alla propria responsabilità.

Negli anni '70 il Counseling approdò in Europa attraverso la Gran Bretagna, come servizio di orientamento pedagogico e trovò poi applicazione nei servizi sociali e nel volontariato; si diffuse quindi rapidamente in tutti i principali Paesi occidentali.

In Italia il termine Counseling si affermò solo a partire dagli anni, inizialmente ad opera di Scuole di psicoterapia che diedero vita a corsi specifici aperti anche a coloro che non fossero impegnati nell'ambito della salute mentale o fisica.

Il Counselling è una metodologia trasversale a tutte le professioni che prevedono la relazione tra persone come determinante essenziale in termini decisionali e applicativi allo svolgimento dell'attività. Queste professioni sono anche di frequente a rischio di burn out e necessitano della piena efficienza dell'individuo per raggiungere un elevato livello di produttività. Ne consegue che l'applicazione di interventi di Counselling potenziano enormemente gli standard qualitativi di determinate professioni.

In ambito sanitario l'acquisizione da parte del medico di una postura relazionale e comunicativa adeguata favorisce un instaurarsi di una solida alleanza operativa con il paziente e con i familiari, consente di conseguenza una migliore aderenza terapeutica e riduce enormemente la conflittualità espressa in termini di aggressioni al sanitario, che viene percepito come meno tecnicistico e più abile a integrare la conoscenza scientifica con un rapporto umano (caratteristiche che i pazienti generalmente si aspettano da un medico).

La comunicazione in medicina: dal modello disease centered al modello patient centered

“Tranquillizzare l'immaginazione del malato, che almeno non abbia a soffrire, come è accaduto fino ad oggi, più dei suoi pensieri sulla malattia che della malattia stessa, penso che sia già qualcosa. E non è poco”

(Nietzsche)

Nel corso di quest'ultimo cinquantennio l'approccio del medico alla malattia si è gradualmente modificato, lasciando sempre più il dovuto spazio al “paziente”, nella sua globalità, e alla “relazione” come strumento fondamentale e imprescindibile nel processo di diagnosi e cura.

Una sorta di rivoluzione copernicana: non più la malattia al centro dell'interesse del clinico, ma il paziente, “quel” paziente, con la “sua” storia e all'interno di “quel” contesto specifico e con il quale viene instaurata una relazione. La comunicazione, verbale e non verbale, come strumento di relazione, diventa progressivamente oggetto di interesse nei vari corsi di formazione rivolti, nello specifico, al personale sanitario (medico e paramedico) ed estesi, spesso, anche al personale front-office inserito in contesti di cura.

Si tratta di un cambiamento culturale e, come tale, non può dirsi tuttora completamente realizzato: in campo medico l'approccio alla malattia e al paziente, portatore di malattia, subisce ancora l'influenza di antichi retaggi con conseguente estrema variabilità, da parte del personale sanitario, nella relazione con il paziente e con la sua patologia. Tale variabilità si avverte ancor di più, all'interno di contesti diversi, quali l'ospedale, la casa di cura privata, lo studio del medico di medicina generale.

E' auspicabile che, col tempo, il paziente, ovunque vada, possa beneficiare di un approccio univoco, fondato sull'“ascolto” globale e sull'“umanizzazione” della malattia: soggetto attivo e partecipe, protagonista del proprio benessere/malessere psico-fisico.

MODELLO TRADIZIONALE BIOMEDICO	MODELLO CENTRATO SUL PAZIENTE
(disease-centred) Approccio unidirezionale	(patient-centred) Approccio olistico
Prima degli anni '50: Medico → Malattia	Dopo gli anni '50 Medico → Paziente → Malattia

Il modello biomedico

Il modello biomedico, in uso fino agli anni '50, era un modello esclusivamente centrato sulla malattia: la comunicazione, unidirezionale, era tesa a effettuare una diagnosi per poter somministrare la terapia adatta, attraverso uno schema già quasi "standardizzato" di domande tese a convalidare o meno l'ipotesi diagnostica.

Il paziente si presentava al medico che faceva un esame obiettivo, formulava una sua ipotesi diagnostica, prescriveva accertamenti, somministrava una terapia.

Al centro dell'attenzione vi era la malattia, di fronte alla quale l'"esperto", il medico, si interrogava, come soggetto attivo, mentre il paziente, portatore della sua malattia, restava spettatore passivo del "verbo" del medico. Se, da un lato, l'approccio scientifico di tale modello poteva avere dei vantaggi in termini di semplicità, predittività, chiarezza e verificabilità, oltre che di insegnabilità, i limiti erano la totale disumanizzazione del paziente, parcellizzato, come oggetto da riparare, nonché l'ipermedicalizzazione del medico, che doveva necessariamente essere iperspecializzato.

Modello biomedico

Punti di forza:

- Semplicità (causa-effetto)
- Potere predittivo
- Chiarezza degli obiettivi
- Verificabilità dei risultati
- Insegnabilità

Limiti:

- Disumanizzazione
- Parcellizzazione
- Iperspecializzazione del medico
- Ipermedicalizzazione

Modello biopsicosociale e modello patient centered

Gradualmente, con il fiorire di varie teorie psicologiche, a partire da quella sistemico-relazionale, l'approccio ha cominciato a modificarsi, mettendo al centro il paziente, come soggetto attivo e partecipe, in una relazione non più lineare, passivizzante, ma circolare.

Il paziente comunica al medico sulla sua "malattia" in uno scambio diadico, bidirezionale, caratterizzato da feed-back reciproci. L'approccio è olistico, rispetto alla persona e alla sintomatologia che porta.

Possono annoverarsi vari nomi che, con il loro contributo, hanno favorito il passaggio da un modello all'altro, contrapponendosi, a volte anche aspramente, al primo.

Jasper, ad esempio, sosteneva che la medicina, così come veniva agita, paralizzava la cura, riducendola alla messa in funzione di organi difettosi; criticava l'intervento prettamente biologico in quanto veniva perso di vista l'uomo. Afferma inoltre che comunicare con il malato determinava una migliore e più pronta guarigione.

Il concetto di "**person centred medicine**" viene introdotto da Balint.

Per **Balint** la diagnosi doveva essere non solo biomedica, ma allargata: il nodo centrale dell'attività del medico diventava la "relazione con il paziente", considerata di per sé "terapia". Veniva data importanza alla capacità di "ascolto" (inteso come ascolto globale) del medico nei confronti del paziente.

In un suo famoso libro "Medico, paziente e malattia" Balint afferma: "La nostra esperienza mostra che, se il medico pone domande di tipo anamnesi medica, riceverà sempre risposte ma difficilmente qualcosa di più. Prima di poter giungere a quella che abbiamo chiamato una "diagnosi" più profonda egli deve imparare ad ascoltare".

"Ogni paziente dovrebbe sentirsi un po' meglio dopo la visita del medico, a prescindere dalla natura della sua malattia." (Warfield Theobald Longcope)



Introduce poi la proposta di **"colloqui prolungati"**, nei confronti di paziente insistenti ma, di fatto, non portatori di alcuna malattia organica (i classici pazienti "ipocondriaci", "psicosomatici"..); un appuntamento fuori orario che consente l'opportunità solo di parlare del proprio disagio (psicologico), già questo aiuta.

"... La malattia cronica, oppure quella che prevede riabilitazione, richiede un diverso criterio di gestione del tempo. Mentre il tempo necessario per la guarigione biologica può essere previsto con ragionevole precisione, il "tempo psicologico" - come quello necessario ad accettare la propria malattia - non può essere quantificato in anticipo. Anche il tempo pedagogico, cioè quello necessario a imparare a prendersi cura di sé, varia da persona a persona. E' pertanto possibile comprendere l'impazienza di un operatore formatosi nella medicina per acuti nei confronti di questi imprevisi "periodi di attesa". Questi non sono però periodi morti, ma piuttosto momenti di maturazione per il paziente. E per l'operatore"

Alcuni pazienti sembrano non provare alcun sollievo alla notizia di non avere alcuna grave malattia ma, anzi, accogliere bene le cattive notizie come se queste "soddisfino" qualcosa in loro.

Balint parla del **bisogno di essere presi sul serio**. Se non si prende sul serio quel paziente sul piano psicologico, presto o tardi chiederà di essere preso in considerazione sul piano fisico. Spesso coloro che sembrano veramente voler essere malati, in realtà vogliono essere solo "presi in cura", non "curati".

Si esprime anche in merito ai consigli e rassicurazioni da parte del medico al paziente: *"Non rassicurare mai un paziente prima di aver compreso il **vero** problema"*

Il verdetto: "Non ha nulla, tranquillo!" non rassicura mai un nevrotico, ma può rassicurare un paziente che soffre effettivamente di una malattia fisica.

Dietro il sintomo del nevrotico probabilmente c'è qualcos'altro che non ha niente a che vedere con quel sintomo a livello somatico, ma è forse solo "ricerca di attenzione"

Sarà **Engel** a introdurre il **modello biopsicosociale**.

" L'uomo è un sistema complesso che può essere analizzato come un insieme di parti che lo compongono e come parti di sistemi sovrastanti. La malattia modifica non solo la struttura organica dell'individuo, ma anche tutte quelle parti in relazione con essa"

"Il modello bio-psico-sociale si caratterizza per l'acquisizione di un approccio olistico, integrando nella raccolta e nell'analisi delle informazioni fornite dal paziente non solo gli aspetti biologici, ma anche quelli psicologici e sociali, relativi al disturbo presentato" (Engel, 1977).

L'approccio è centrato sul paziente. Diventa necessario quindi affinare le tecniche di comunicazione.

Hesse distingue "disease", la malattia, ciò che accomuna i malati, da "illness", il "vissuto" di malattia, la soggettività della malattia che distingue paziente da paziente con la stessa malattia (il modo con cui si vive e affronta la malattia). Gli obiettivi del medico diventano quindi non solo il trattamento della malattia, ma anche la cura del malato.

Dall'orientamento alla malattia all'orientamento alla relazione

TO CURE —————> TO CARE

“Lo sguardo medico deve saper vedere malato e non la malattia: uno sguardo che ascolta e risponde con empatia è ben altra cosa di uno sguardo che osserva passando di corpo in corpo...”

L'ascoltatore empatico è in grado di percepire l'esperienza soggettiva di un altro”
(U.Galimberti)

Tuckett, differenziandosi dal modello precedente che considerava il medico come l' "esperto", parla di paziente come "esperto" : il medico ha sì, la conoscenza specialistica ma il paziente, con la sua malattia, porta il suo mondo "cognitivo" (cosa pensa dei suoi sintomi, aspettative,..) e il suo mondo "emotivo" (come vive la sua malattia).

Levenstein, negli anni 80, attraverso degli studenti tirocinanti, effettua registrazioni nell'ambulatorio medico. Emergerà che le visite più efficaci sono quelle correlate alla qualità della relazione instaurata col paziente.

Parallelamente, in campo psicologico, fioriscono vari modelli che superano e/o integrano quello psicoanalitico: il modello cognitivo comportamentale, il modello sistemico relazionale che, culturalmente, accompagnano il passaggio a questa diversa forma di attenzione rispetto alla malattia e al paziente.

Bowlby, padre della teoria dell'attaccamento parla di "base sicura" come bisogno del bambino di avere caregiver o figure di attaccamento che lo confortino o sostengano in momenti di bisogno e correla la psicopatologia a partner di attaccamento insicuro o disorganizzato.

La malattia costituirebbe, per Bowlby, una minaccia al sentimento di sicurezza di base. E' ovvio che, a seconda dell'età, il vissuto di malattia cambia proprio perché cambiano i bisogni evolutivi. La malattia è comunque strettamente correlata al concetto di "vulnerabilità" con cui ciascuno, in maniera diversa, a seconda delle proprie esperienze, dovrà fare i conti. Evidenzia, inoltre, come la malattia di un membro della famiglia alteri, necessariamente, gli equilibri all'interno di essa.

Ancora più, il modello sistemico-relazionale, riconosce la funzionalità del sintomo e della malattia all'interno del sistema in cui l'individuo è inserito. Il paziente sarebbe "designato" dal sistema a fare da portavoce di un conflitto dell'intero nucleo.

Watzlawick, psicologo, massimo studioso della pragmatica della comunicazione umana, all'interno della scuola di Palo Alto, enfatizza l'importanza della comunicazione. Tutto è comunicazione.. Non si può non comunicare.. Anche il silenzio è comunicazione. Un processo circolare, non lineare (ove difficile è riconoscere la causa e l'effetto se non si stabilisce la punteggiatura della sequenza degli eventi..) e che presenta un aspetto di contenuto (quello che si dice) e uno di relazione (come si

dice). Il modo in cui si dice (comunicazione non verbale) dà significato al contenuto e definisce il ruolo all'interno della relazione.

Rogers, psicologo statunitense, introduce il termine "counseling" e definisce la relazione terapeutica come una relazione interpersonale tra paziente (che chiama "cliente") e terapeuta (il counselor).

La terapia non deve essere direttiva, ma aiutare il paziente a sviluppare le proprie potenzialità in maniera autonoma, deve essere centrata su di lui, proprio per aiutarlo a sviluppare le proprie potenzialità.

Rogers elenca 4 caratteristiche fondamentali che il terapeuta dovrebbe avere nella relazione con il paziente:

- Essere autentico
- Avere un atteggiamento positivo, ottimista
- Essere empatico (riuscire a mettersi nei suoi panni emotivamente)
- Accettarlo positivamente in maniera incondizionata (ossia non essere giudicante)

Per Rogers bisogna essere capaci di entrare in un rapporto personale e soggettivo con il "cliente", non un rapporto come quello tra scienziato e oggetto di studio, ma in una relazione "da persona a persona".

Moja definisce il modello patient centred *"Un modello allargato che non rinuncia alla scientificità della medicina tradizionale centrata sul disease, ma amplia gli scopi della visita medica indicando come irrinunciabile anche la capacità da parte del medico di occuparsi del vissuto di malattia del paziente"*



E' provato che una buona comunicazione, in una relazione di fiducia e di partecipazione attiva di entrambi si associa a maggiore compliance, riduzione di denunce per malpractice e riduzione di burn-out per i medici.

Nel modello patient centred vi è uno scambio bidirezionale medico-paziente (comunicazione a due vie); il paziente non è più identificato con la malattia, diventa parte attiva del processo diagnostico e terapeutico ed è lui, non più il medico, considerato l'esperto in quanto vero conoscitore del proprio disagio.

Il rapporto di relazione tra medico e paziente: agende mentali a confronto

Nell'ultimo ventennio in Italia la realtà economico-socio-sanitaria si è profondamente modificata e questo ha spostato l'attenzione della cultura e della pratica medica dalle malattie acute alle patologie croniche.

La percezione soggettiva della malattia è cambiata e i cittadini ricorrono al medico, riferendo spesso sintomi non riconducibili alla sola sfera organica.

Oltre a questo, l'accresciuto livello generale di cultura fa sì che l'assistito sia in grado e libero di scegliere quelle che ritenga per se stesso le cure più appropriate.

Questo fatto ha inevitabilmente portato a quella rivoluzione culturale della pratica medica che si identifica come il modello di medicina centrato sul paziente.

L'agenda del paziente

La maggiore novità della medicina centrata sul paziente è senza dubbio la cosiddetta "agenda del paziente", cioè ciò che il paziente porta con sé e con la sua malattia.

In letteratura oramai è di uso il vocabolo anglosassone di agenda, che non corrisponde al suo equivalente italiano.

Si tratta della modalità con la quale il soggetto vive la sua malattia e il tipo di bisogni di cui è portatore nel momento in cui incontra l'operatore sanitario (ascolto, comprensione, sostegno ...)

Si passa dal vissuto, interpretato soggettivamente, al vissuto comunicato al medico.

Nell'agenda del paziente si possono riconoscere quattro aree:

- I sentimenti
- Le idee e interpretazioni
- Le aspettative e i desideri
- Il contesto

I sentimenti

La malattia, come alterazione dello stato di salute, inevitabilmente evoca sentimenti, il più frequente dei quali è la paura e i sentimenti in quanto tali sono soggettivi, quindi unici e non omologabili con quelli di altri soggetti.

Tutto ciò che è unico non può essere interpretato e valutato secondo schemi aprioristici

Il sentimento statisticamente predominante è senza dubbio la paura, che proprio perché sentimento, quindi unica, è diversa da soggetto a soggetto, quindi ci sarà la paura della malattia in quanto tale, la paura del dolore, quella delle conseguenze, quella dell'invalidità, quella della morte, ecc...

Chi si rivolge al medico, lo fa presentandogli i suoi sentimenti, che sono come l'abito di scena dell'attore che sul palcoscenico si presenta allo spettatore e al critico teatrale.

Così come l'attore interpreta un personaggio rendendolo vivo con le parole, il tone di voce, l'atteggiamento corporeo, il movimento, così il paziente offre al medico l'immagine di se e della sua malattia.

Così come il pubblico e il critico teatrale cerca di comprendere il messaggio dell'attore, così il medico deve recepire quello del paziente e fargli capire di averlo recepito e compreso.

I sentimenti sono alla base della comprensione delle altre aree dell'agenda perché ci fanno capire come egli vive la realtà della sua malattia e le motivazione che stanno alla base della sua lettura.

In sintesi il medico deve riconoscere le emozioni dell'assistito e cercare di capire la loro importanza.

Le idee e interpretazioni

Ogni persona che si senta affetto da una malattia si fa un'idea del suo stato e interpreta i sintomi che ha per formulare una propria ipotesi diagnostica: crea un "modello ingenuo" di malattia.

Questo modello risente dei sentimenti, della cultura sia individuale che di gruppo di appartenenza (per es. l'etnia, la provenienza geografica, la religione, ecc..) per cui i sintomi, o presunti tali, vengono analizzati e si formulano ipotesi diagnostiche, a volte anche terapeutiche, che il più delle volte non hanno nulla di scientifico, anche per la mancanza della specifica preparazione dei soggetti interessati al problema.

In più, anche se i pazienti possono avere nozioni di medicina e delle terminologie mediche, le loro interpretazioni e i loro significati il più delle volte non coincidono con i significati che può dare il medico curante.

Idee e interpretazioni si articolano tra loro fino a generare i frames: qualunque patologia, dalla cefalea al cancro, costituisce l'intelaiatura (frame) sulla quale il paziente, in base alla propria esperienza, all'osservazione di altri, ai media e forse anche al proprio medico, costruisce le sue convinzioni.

Molti frames sono comuni a molti pazienti, ma ogni paziente li personalizza sulla base della proprio vissuto.

La risposta del paziente alla malattia è condizionata dalle idee e dalle interpretazioni che ha dato dei segni e sintomi che ha e che in ogni caso sono stati analizzati secondo la logica individuale, acquisendo concretezza, per cui non vanno mai sottovalutati.

In sintesi il medico deve analizzare il livello di conoscenza del malato sulla propria malattia e il modello ingenuo che ne ha costruito.

Le aspettative e i desideri

Aspettative e desideri del paziente sono due cose diverse.

Le aspettative esprimono quella che è la percezione della possibilità che un fatto possa accadere.

Nell'agenda del paziente sono un'anticipazione di ciò che si ritiene possa accadere come conseguenza dell'approccio con il medico.

Il desiderio esprime l'augurio che qualcosa accada, pur se non la si ritiene realisticamente possibile.

Un evento può essere atteso, ma non desiderato e/o desiderato, ma non atteso.

Non si possono generalizzare aspettative e desideri perché riconducibili al modus vivendi della malattia del singolo individuo.

Ogni agenda esprime aspettative e desideri propri del singolo soggetto, cioè cosa lui si aspetta dal medico e cosa desidera nel momento in cui si rivolge al medico: non è possibile fare una classificazione e generalizzazione.

Il medico che non riconosce e comprende le aspettative e i desideri dell'assistito, ne condiziona la risposta e le conseguenze della visita.

In sintesi il medico deve riconoscere i motivi per i quali il paziente si è rivolto a lui.

Il contesto

Ciò che la malattia individualmente significa per ogni malato è condizionato dal contesto.

Le tre precedenti aree sono intrinsecamente legate a questa quarta, infatti il contesto comprende la realtà familiare, socio-culturale, lavorativa e ambientale dell'assistito.

In ultima analisi, l'area del contesto in pratica determina le altre tre aree e l'effetto della malattia sul paziente è condizionato dal contesto.

In sintesi il medico deve comprendere dell'importanza del contesto e delle conseguenze del proprio operato.

L'agenda del medico

Ma come esiste l'agenda del paziente così esiste quella del medico; si tratta della modalità con la quale egli vive la realtà professionale e il tipo di bisogni di cui è portatore nel momento in cui incontra l'assistito.

L'agenda del medico a sua volta può comprendere:

- responsabilità professionali, istituzionali, familiari
- problemi personali che possono interferire con il lavoro
- gratificazione e soddisfazioni lavorative
- benessere e qualità della vita

Il colloquio clinico

Al fine di ottenere un efficace colloquio clinico tra paziente e medico, per quest'ultimo è fondamentale essere padrone delle tecniche di indagine dall'esame obiettivo alla diagnostica strumentale, ma è ugualmente importante conoscere e utilizzare di tecniche di comunicazione.

E' necessario che il medico si attenga a una sorta di "scaletta" nel momento in cui affronta il colloquio clinico che può essere espressa in fasi.

Prima fase, serve a creare un'atmosfera centrata sul paziente:

- accogliere cordialmente il paziente e chiamarlo con il suo nome
- presentarsi nel caso si tratti di nuovo paziente
- mettere il paziente a proprio agio e garantirne la privacy
- fare in modo che non ci siano barriere comunicative

Seconda fase, in cui il medico dirige il colloquio e definisce i punti da analizzare con il paziente:

- definire il timing
- riuscire a fare definire al paziente una sorta di elenco dei suoi problemi e delle sue richieste
- fare una sintesi
- stabilire le priorità

Terza fase, in cui il paziente acquista certezza di essere ascoltato dal medico e il medico riesce a farsi un'idea del paziente:

- porre una iniziale domanda aperta sui problemi emersi
- incoraggiare il flusso delle informazioni con tecniche aperte non direttive
- fare delle richieste aperte e/o commenti nel caso di pazienti reticenti
- porre domande chiuse di chiarimento e/o verifica
- fare attenzione al linguaggio non verbale

Quarta fase, in cui vengono approfonditi i punti che il paziente ritiene principali siano essi sintomi che emozioni:

- recepire la soggettività dei sintomi
- capire il contesto in cui si esprime la sintomatologia
- continuare a incoraggiare il flusso delle informazioni
- considerare le emozioni del paziente
- affrontare le emozioni emerse
- concludere quando pensa che il paziente lo abbia calato nella sua storia e che lui abbia sufficienti elementi per svolgere la sua azione terapeutica

Quinta fase, in cui il medico con il suo operato rassicura e sostiene il paziente:

- sintetizzare il colloquio
- valutare con il paziente la validità della sintesi
- concludere l'incontro

In estrema sintesi si potrebbe dire che il colloquio clinico si basa su tre cardini:

1. raccolta delle informazioni dal paziente
2. restituzione delle informazioni al paziente da parte del medico

3. impostazione o rafforzamento della relazione paziente-medico

Raccolta delle informazioni dal paziente

La raccolta di informazioni ha fundamentalmente quattro obiettivi:

1. diagnosi
2. identificazione dell'agenda del paziente
3. valutazione delle modificazioni sia cliniche che del vissuto del paziente
4. valutazione dell'importanza delle informazioni ottenute ai fini terapeutici

Il paziente difficilmente riesce a esporre in maniera evidente e chiara il contenuto della sua agenda, ma di solito lancia segnali sotto forma di indizi (cues) e suggerimenti (prompts), che sono importanti perché specifici della sua agenda.

I segnali in cui cues e prompts si esplicitano possono essere:

- ripetizione di sintomi e temi
- argomenti trattati con indifferenza, ma ripresi al termine dell'esposizione
- modificazione del tono vocale quando espone temi significativi
- pause nel discorso in caso di argomenti che ritiene importanti
- introduzione di un argomento non coerenti con quelli trattati nel momento

Statisticamente i pazienti affrontano i problemi per loro più importanti verso la fine del colloquio clinico e quasi sempre in maniera sfuggente.

Alla luce di quanto esposto, appare chiaro che il medico deve possedere specifiche abilità di raccolta delle informazioni che si imperniano fundamentalmente su due tipi di capacità:

- capacità di porre domande e di sollecitare il punto di vista del paziente (questioning skills)
- la capacità ascolto con acquisizione e utilizzo delle informazioni ricevute (active listening skills)

Restituzione delle informazioni al paziente da parte del medico

Questa fase presuppone che il medico, prima della restituzione delle informazioni, abbia compreso il paziente e che il paziente, dopo la trasmissione, abbia compreso lui.

In questo caso sono utili:

- capacità di verifica (checking skills)
- capacità di riflessione (reflection skills)

La capacità di verifica permette al medico di verificare la comprensione di quello che il paziente intendeva comunicare e si esplica con:

Parafraasi, che ripropongono un' informazione data dal paziente, ma rielaborata nel linguaggio del medico.

Brevi riepilogazioni, cioè brevi sintesi di più informazioni date dal paziente che mettono in condizione il medico di controllare la comprensione del problema e la completezza e la congruenza dei dati.

La capacità di verifica elimina le incomprensioni e favorisce la relazione paziente-medico.

La capacità di riflessione ha un effetto relazionale decisamente importante perché comunica al paziente il medico lo ha capito e ha capito il messaggio che intendeva lasciargli.

Si avvale di:

- interventi di legittimazione, con cui il medico comunica di aver capito il punto di vista e le difficoltà del malato
- interventi di supporto, con cui il medico comunica al paziente la sua vicinanza
- espressioni empatiche, con cui il medico interpreta lo stato emotivo del paziente e non restituisce il sentimento del medico, ma la comprensione del sentimento del malato

Una volta attivate le capacità di verifica e di riflessione, il medico è in condizioni di trasmettere le sue informazioni al paziente.

Questa trasmissione può essere facilitata da alcune capacità di orientamento e cioè:

- Messa a fuoco (focusing), il più delle volte usata in modo inconsapevole e accompagnata e/o sostituita dal linguaggio non verbale.
- Categorizzazioni che rendono espliciti al malato i passaggi del colloquio clinico e sono molto utili in fase finale
- Sintesi, cioè il riassunto di quanto è stato detto dal medico e favorisce al paziente la comprensione dello sviluppo del colloquio e la sua memorizzazione.

Sintetizzando le varie fasi:

1. con le capacità di verifica e riflessione il medico controlla la propria comprensione e la sua condivisione cognitiva ed emotiva di quanto è gli stato detto dal paziente
2. con tecniche di orientamento e di sintesi il medico stimola l'attenzione del paziente e la sua comprensione delle informazioni che gli fornisce
3. con la capacità di verifica della comprensione, il medico controlla l'assimilazione da parte del paziente di ciò che gli ha comunicato
4. se il paziente ha capito il processo si chiude mentre se non ha capito il processo nuovamente si riattiva per capire in quale punto si è verificato il deficit comunicativo

Impostazione o rafforzamento della relazione paziente-medico

Le emozioni

L'efficacia della comunicazione tra paziente e medico può essere influenzata dalle emozioni contrastanti dei due soggetti che si confrontano.

Le emozioni del paziente e del medico a confronto possono determinare confusione, fraintendimento e non condivisione, quindi la loro analisi aiutare la comprensione dei rapporti intercorrenti tra i due attori.

Esempi di emozioni del paziente:

- ignoranza (non so cosa ho)
- paura (temo si tratti di qualcosa di grave)

- diffidenza e sfiducia nei medici (le sue terapie approssimative e/o sbagliate, meglio curarsi da soli)
- rifiuto (non voglio curarmi)

Esempi di emozioni del medico:

- ignoranza (non so cos'ha il paziente)
- gelosia professionale (magari si fida più di un altro)
- irritazione (parla tanto ma capisco poco)
- rabbia (critica la mia diagnosi)
- sfiducia (non farà ciò che suggerirò)
- espulsione (ma vada a farsi curare da un altro)

Le emozioni sono difficili da esprimere, sia per il medico che per il paziente.

Da dati in letteratura si evince che il paziente è soddisfatto e collaborante nella misura in cura riesce a esprimere le sue emozioni e le sue preoccupazioni.

I medici il più delle volte non indagano il campo emozionale dei pazienti per paura di confrontarsi.

Esempi di paure comuni del medico:

- se riconosco una mia emozione nella sua, me la farà aumentare
- se ammetto di non sapere e lo dico non si fiderà
- il problema è suo, non mio per fortuna!

Non solo le emozioni, ma anche il ragionamento è contrastante, infatti quello del medico è organizzato per sintomi e diagnosi, mentre quello del paziente per problemi e questo può causare contrasti.

Se l'agenda del paziente e quella del medico non trovano punti di vicinanza e di assonanza si presentano molteplici problemi pratici che sinteticamente si possono riassumere in:

- rischio di sbagliare diagnosi, trattamento e prognosi
- insoddisfazione del paziente
- non collaborazione
- inosservanza del programma terapeutico
- rischio di non-guarigione, di ricadute e/o di cronicizzazione della malattia
- rischio di uno scompenso emotivo del paziente
- ricorso a medicine alternative
- cambio del medico
- denunce

Se l'agenda del paziente e quella del medico entrano in una corretta ed efficace collaborazione senza confusione aumentano:

per il medico

- probabilità di successo terapeutico

- possibilità di crescita professionale ed economica
- gratificazioni
- accrescimento dell'autostima

per il paziente

- soddisfazione
- compliance
- possibilità di guarigione
- stima e collaborazione con il medico curante.

Il paziente deve essere centrale nel processo che va dall'esposizione dei sintomi, alla diagnosi e, attraverso la terapia, alla cura, ma, se si fa riferimento alla dimensione relazionale, vanno tenute in considerazione e con la stessa dignità sia l'agenda del paziente che quella del medico.

Solo così è possibile il successo relazionale e terapeutico.

Principi di comunicazione efficace

La Medicina Generale presenta per la sua complessa varietà di intervento sul paziente una eccellenza tra le professioni di aiuto alla persona.

Il Medico di Medicina Generale svolge la pratica clinica in ambiente ambulatoriale e domiciliare, costruisce il proprio approccio assistenziale sulla procedura protocollare standardizzata e sulla proprie competenze adattative nell'ambito della strutturazione della relazione con l'altro.

Caratteristico della relazione clinica tra la figura sanitaria e il proprio assistito è il profondo e spesso duraturo legame fiduciario che intercorre tra i due interlocutori; in esso ha luogo un vero e proprio atto creativo da parte di entrambe le figure coinvolte, il cui scopo è quello di permettere alla persona che giunge in richiesta di aiuto di esprimere le proprie difficoltà con le modalità a lei più sintoniche con la propria personalità e lo stato di malessere che ha condotto all'incontro clinico.

In questa visione contemporanea del sodalizio terapeutico tra il medico di famiglia e il paziente si aprono nuovi scenari linguistici e lemmatici significativi di una nuova prospettiva diagnostica e terapeutica coerente con i principi della OMS secondo i quali la malattia è una alterazione del benessere psicofisico della persona: Il medico non è più solo il "curante", poiché si pone in essere come figura professionale in aiuto globale alla persona presa in considerazione in quanto tale, e non più relegata al ruolo di "paziente", a cui offrire le proprie competenze ampie e multidisciplinari consapevolmente dominate dall'approccio diagnostico e terapeutico di matrice ippocratica.



Il Medico di Medicina Generale opera una precisa scelta deontologica e metodologica nella modalità espressiva delle proprie competenze professionali: all'interno del contratto di aiuto egli non interviene in qualità di psicologo, o psicoterapeuta, o psichiatra, pur avendone talvolta le competenze curricolari. Sceglie un approccio più complesso e al contempo immediato, che potremmo definire

olistico, in linea con il recente congresso nazionale FIMMG: è strumento di diagnosi e cura, ma in primo luogo di ascolto della persona in disarmonia con se stessa.

Principi metodologici

In un'ottica gestionale innovativa della professione medica, possiamo considerare la relazione terapeutica come una rivisitazione dei principi socratici, includendo nel nostro approccio clinico una sorta di nuova maieutica; la scienza medica assume il ruolo di protagonista nell'atto di educare, il "tirar fuori" dalla persona oggetto di malessere le sue proprie intrinseche capacità risolutive e reattive al disagio stesso, creando il terreno strutturale più adatto alla costruzione di un piano terapeutico complesso, in cui l'intervento ausiliario può avvalersi di tutti gli elementi di cui il MG può fare uso, incluso il trattamento farmacologico, da considerarsi "apicale" in una gestione progressiva del percorso assistenziale. La creazione di un solido rapporto di fiducia tra i due soggetti in cooperazione è infatti il presupposto necessario all'implementazione dell'efficacia nell'ambito del trattamento farmacologico, in cui il pharmakon diviene parte integrante di un sistema procedurale biunivoco volto al potenziamento delle risorse creative della persona dirette all'emancipazione dallo stato di disequilibrio tramite un atto di riconciliazione e riparazione dello stesso.

La biunivocità è scandita dal legame fiduciario tra i due soggetti, ed è caratterizzata dai principi dell'empatia.



In sintesi, il percorso clinico educativo in Medicina Generale si propone l'obiettivo di favorire un processo di progressiva conoscenza delle aree nevralgiche e delle capacità risolutive latenti tramite l'accesso ad un nuovo grado di consapevolezza di sé.

Contesto operativo

Il primo grado di consapevolezza da acquisire nella gestione di un costruito relazionale funzionale riguarda la costruzione di un idoneo ambiente operativo, relativo a quello che in campo etologico è definito imprinting, relativo all'area di accoglienza.

E' la conoscenza dell'impatto emotivo e delle relative risonanze emozionali e dunque comportamentali che il paziente può presentare in occasione dei colloqui clinici, in particolare del primo di essi. Può trattarsi del primo incontro in assoluto tra il medico e il proprio assistito, o può invece essere il primo di una serie di incontri programmati all'inizio della strutturazione di un percorso terapeutico ben definito. In entrambi i casi la cronologia, l'essere il primo di una serie di accessi determinerà una amplificazione del grado di percezione dei segnali da parte del paziente, in relazione al suo stato tensionale in merito alle aspettative suscitate dall'intraprendere un nuovo percorso.

E' buona norma in ogni caso mantenere una lucidità operativa contestuale volta a contenere gli stati tensionali di cui sono costantemente oggetto i pazienti ambulatoriali, in considerazione del fatto che pur operando in un contesto di intervento globale di assistenza alla persona, l'area di pertinenza è e rimane strettamente sanitaria, ovvero strettamente correlata alla corporeità, con tutti i vissuti angosciosi che questo comporta durante gli accessi.



Sarà opportuno che il MG si ponga quotidianamente in contatto con la posizione del proprio interlocutore, andando oltre la propria consuetudine con gli oggetti di uso comune che determinano le caratteristiche ambientali dello studio in cui svolge la professione.

La strumentazione diagnostica e terapeutica abituale che agli occhi dell'esperto possono aver perso nel corso dell'esercizio la propria valenza aggressiva e lesiva nei confronti della fisicità, perchè come logorati dall'abitudine, restano altamente offensivi e lesivi dell'area somatica dei nostri pazienti. Le siringhe, i farmaci, lo sfigmomanometro, l'otoscopio, solo per citarne alcuni a corredo descrittivo, quasi invisibili agli occhi del medico, sono invece oggetti presenti in maniera fin troppo vivida nella realtà e nel simbolismo corporeo del paziente.

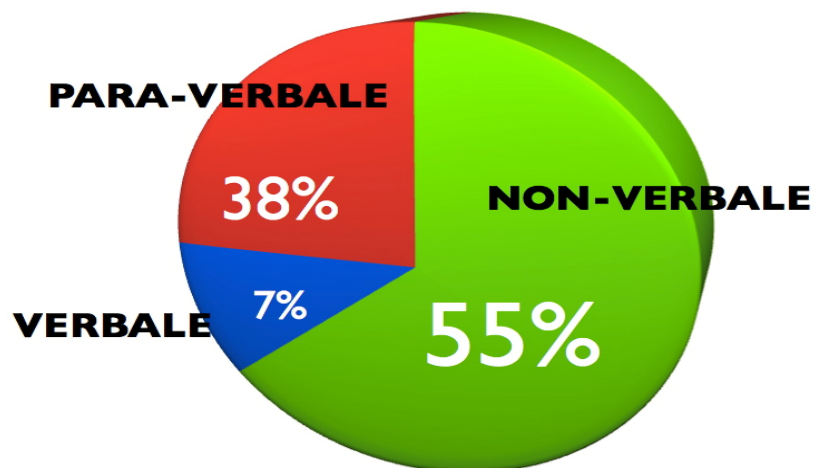
La consapevolezza del medico, in tal senso, ha lo scopo di disporre accuratamente il corredo strumentale e l'arredamento allo scopo di ridurre gli errori diagnostico-terapeutici indotti dagli interferenti comunicazionali che si innescano quando il contesto operativo ha caratteristiche di inadeguatezza.

La proprietà del setting consentirà inoltre all'operatore la possibilità di raggiungere più agevolmente una buona soglia di attenzione al flusso metacomunicazionale costantemente presente nel corso della relazione assistenziale.

Comunicazione efficace

Il nucleo attorno a cui ruota la professione medica è dunque strutturato sulla relazione interpersonale e sulla capacità del terapeuta di costruire una relazione efficace con il paziente. Il core del patto fiduciario, del legame con la persona oggetto di cure assistenziali è rappresentato a sua volta dalla comunicazione, intorno a cui si tesse in reciprocità duale la rete elaborativa necessaria alla risoluzione del malessere, ovvero la cura.

La comunicazione è il mezzo che il diagnosta usa analogamente alla strumentazione che tradizionalmente accompagna la professionalità del medico; si rende necessario conoscere i principi fondamentali in grado di modulare il reciproco transito di informazioni. Non sarebbe altrimenti possibile garantire la consapevolezza gestionale diagnostica e terapeutica al curante né favorire il processo evolutivo verso la consapevolezza del paziente nel corso delle cure in atto.



Il diagramma mostra una sintesi otticamente efficace della struttura comunicazionale in cui siamo immersi.

Emerge con chiarezza la predominanza della cosiddetta comunicazione "non verbale", in cui sono presenti tutte le modalità espressive che accompagnano o sostituiscono le dichiarazioni enunciative verbali. La caratteristica più importante della

comunicazione non verbale è la sua capacità di esprimersi senza sottoporsi ubiquitariamente al vaglio della coscienza; in altre parole, i contenuti espressivi più aderenti allo stato psicofisico della persona e meno governabili dall'intenzionalità si manifestano nell'area meta e paraverbale.

Il vantaggio diagnostico che consegue alle competenze analitiche specifiche da parte del MMG nell'area di pertinenza comunicazionale è di elevato interesse clinico.

Di seguito una rassegna preliminare delle aree metacomunicazionali :

Scala di valutazione
(Crystal, Argyle, Lavater e Trudgill)

1. **Presentazione** (aspetto, andatura e abbigliamento, comportamento spaziale, postura, contatto fisico)
2. **Segni logici** (coscienti, intenzionali: gesti illustratori, gesti regolatori che influenzano il corso della conversazione)
3. **Segni analogici innati, istintivi, metacomunicativi** (il viso e le manifestazioni dell'emozione, e i gesti autoadattatori, alter-adattatori, oggetto-adattatori)
4. **Segni vocali non verbali** (segni prosodici e connessi al discorso, paralinguistici e indipendenti dal discorso, rumori emozionali) caratterizzati da ritmo, tono, sonorità e timbro.



In dettaglio esaminiamo i quattro gradi della scala.

Il principio metodologico da acquisire didatticamente è la consapevolezza costante della reciprocità: i segnali devono essere interpretati tramite la decodifica da parte del

MMG, e devono contemporaneamente essere gestiti durante l'invio in risposta nel corso della relazione. Pertanto, la competenza fondamentale da acquisire consiste nella capacità di limitare consapevolmente i segnali in uscita, con particolare attenzione agli elementi verbali e non verbali, con l'obiettivo di consentire la massima espressività al paziente in assenza di elementi disturbatori esogeni.

1. La **presentazione** è già di per sé fonte di informazioni preziose; l'andatura, la postura, le connotazioni visive, uditive e persino olfattive della persona in accesso clinico tratteggiano con chiarezza una prima silhouette del paziente. E' inoltre necessario non perturbare il setting ambulatoriale ponendo analoga attenzione alle proprie modalità di presentazione durante il colloquio clinico.

2. I **segni logici** sono coscienti, intenzionali: sono gesti illustratori, gesti regolatori che influenzano il corso della conversazione. Presentano una minore difficoltà di gestione poiché regolati dall'attività cosciente.

3. **Segni analogici innati, istintivi, metacomunicativi** (il viso e le manifestazioni dell'emozione, e i gesti autoadattatori, alter-adattatori, oggetto-adattatori). Sono da considerare con estremo interesse poiché intimamente espressivi della realtà emozionale del soggetto dichiarante; gli adattamenti corporei sono particolarmente interessanti in relazione alla topografia somatica, secondo la quale gli sfioramenti nell'area periorale e sottomentoniera sono inscrivibili ad uno stato emozionale positivo, a differenza dei toccamenti periauricolari, temporali e nuchali, sintomo di disagio tensionale.

4. **Segni vocali non verbali** (segni prosodici e connessi al discorso, paralinguistici e indipendenti dal discorso, rumori emozionali): caratterizzati da ritmo, tono, sonorità e timbro. Questi elementi sono uno strumento comunicazionale prezioso per il MMG, in un contesto operativo volto al ripristino dell'equilibrio psicofisico del paziente alle luce delle valenze educative cliniche.



La prosodia, la paralinguistica, i rumori emozionali, unitamente alla prossemica (la gestione dello spazio corporeo in relazione all'ambiente circostante) sono strumenti di indiscussa utilità per il Medico che intende veicolare contenuti utili al paziente, senza voler alterare le capacità e le modalità espressive dello stesso, consentendo al flusso comunicazionale di proseguire senza creazione di artefatti. E' la modalità più idonea alla costruzione di un intervento attivo di aiuto alla persona.

In conclusione la strutturazione di una comunicazione efficace tra il MMG e il paziente avviene tramite l'ascolto, la creazione di un intervento attivo, la contestualizzazione dell'atto clinico, la costante valutazione in itinere, ed infine un doveroso rigore metodologico.

Le trappole della comunicazione nei pazienti cronici, e in particolare nei pazienti con patologia cardiovascolare

La comunicazione è un processo complesso e problematico poiché esiste sempre una quota fissa di malinteso non eliminabile.

Su 100 che si pensa di trasmettere

- 80 viene detto
- 50 viene ricevuto
- 30 viene capito
- 10 viene ricordato

E' importante, peraltro, evitare fin dal primo colloquio alcuni errori che possono pregiudicare il successo dell'incontro, errori che Miller e Rollnick definirono *trappole della comunicazione*:

1) Trappola della domanda risposta: il medico cade in questa trappola quando pensa che per aiutare il paziente occorre acquisire informazioni precise e pensa che il miglior modo per ottenerle sia quello di formulare numerose domande.

Le domande si susseguono, il tono del colloquio diventa inquisitorio ed il paziente non riesce ad esprimere le proprie motivazioni.

2) Trappola del confronto-negazione: il medico tenta di imporre al paziente le sue idee riguardo il problema e le possibili soluzioni, ma tanto più il medico sarà conflittuale, tanto più il paziente tenderà a resistere nel tentativo di difendere la propria autonomia e la propria capacità di scelta.

3) Trappola dell'esperto: il medico pensa di aver afferrato il problema e piega le idee e le convinzioni del paziente nello schema della sua interpretazione

4) Trappola dell'etichettatura: vi cade il medico che ritiene di aver inquadrato il paziente in una categoria diagnostica, non solo medica, ma anche psicologica, relazionale o sociale. La sensazione di essere etichettati è un forte ostacolo alla collaborazione terapeutica

5) Trappola del biasimo: il medico ritiene che, per ottenere la collaborazione del paziente, deve criticare severamente il suo comportamento. In tal modo fa del giudizio la sua leva più potente e rinuncia a quella ancora più potente, oltre che più rispettosa della persona, rappresentata dall'empatia.

Da non dimenticare, inoltre, che molti pazienti non capiscono esattamente le informazioni ricevute; il primo passo è, quindi, illustrare al paziente, in termini

comprensibili, la sua patologia ed il razionale sia dei cambiamenti comportamentali che dell'eventuale terapia farmacologica, al fine di ottenerne l'aderenza.

I pazienti seguono solo i trattamenti in cui credono e dei quali sono convinti. Motivarli a seguire la cura è perciò fondamentale.

La comunicazione efficace ha un'importanza strategica in particolare nelle patologie croniche inizialmente silenti o ben tollerate (esempi tipici ne sono l'ipertensione arteriosa, il diabete, il sovrappeso) poiché i pazienti aderiscono con maggiore difficoltà alle prescrizioni terapeutiche.

Il caso clinico allegato (reperibile al link di seguito indicato, <http://www.fimmg.org/index.php?action=pages&m=view&p=2146&lang=it>) è la dimostrazione di come trasmettere al paziente il valore terapeutico del cambiamento comportamentale consigliato e/o del farmaco prescritto, conduca all'aderenza terapeutica e al raggiungimento degli obiettivi.

Le abilità' di base del counseling:

formulazione delle domande, ascolto attivo e riformulazione

Se per ascolto si intende prestare attenzione a ciò che un altro sta dicendo, è facilmente intuibile come ciò costituisca l'attività principale in ambito di counseling.

Nel corso di un colloquio, il significato trasmesso dal paziente può essere distorto: in primo luogo il paziente potrebbe non riuscire ad esprimere ciò che realmente sta pensando. In secondo luogo il medico potrebbe non ascoltare attentamente ciò che viene detto; infine, è possibile ascoltare attentamente le parole, ma interpretare il loro significato in modo molto diverso da quello che intendeva il paziente.

Infatti, il rischio principale in cui si può incorrere ascoltando qualcuno è quello di essere convinti di comprendere, mentre stiamo compiendo un'operazione di interpretazione, proiettando significati nostri nelle parole dell'altro.

Pertanto, dobbiamo acquisire prima di tutto la capacità di liberarci del nostro modo abitudinario di vedere ed interpretare le cose e le situazioni per poter realmente comprendere il punto di vista dell'altro. Ascolto attivo significa riuscire a colmare la distanza tra ciò che il paziente intende dire e ciò che il medico comprende.



L'atteggiamento di ascolto e comprensione si accompagna ad uno stile del colloquio non direttivo in cui al paziente viene lasciata la massima libertà di esprimere, senza interferenze, il proprio punto di vista.

Questo non significa avere un atteggiamento passivo, di lasciar fare, perché, come precisa Carl Rogers, "l'indifferenza non è in nessun modo la stessa cosa dell'accettazione". Il corretto atteggiamento non direttivo è dato da una partecipazione attiva alla narrazione del paziente che, sempre secondo Rogers, "

consiste nell'adottare lo schema di riferimento del cliente, nel percepire il mondo così come lo vede il cliente, nel percepire il cliente stesso così come egli vede sé stesso e nel comunicare al cliente un po' di questa comprensione empatica".

In definitiva l'ascolto attivo è un modo di porsi nella relazione attraverso il quale cerchiamo di comprendere il vissuto soggettivo del paziente ed implica interesse e partecipazione, sia a livello verbale che non verbale. Il termine ascolto attivo enfatizza questo ruolo di partecipazione attiva alla narrazione del paziente.

Modalità espressive di questa presenza attiva sono costituite da interiezioni ("ah, ehm, sì, certo, capisco...") e da forme non verbali, come fare cenni con la testa, annuire, sorridere protendersi in avanti, ecc. E' poi importante cadenzare l'esposizione del paziente con vari interventi verbali, come riformulazioni e domande di approfondimento, che impediscono al paziente di lasciarsi andare in eccessive divagazioni, fermo restando il principio che non è opportuno interrompere il paziente o fare troppi interventi.



La riformulazione

La tecnica della riformulazione, ossia della traduzione in parole del tentativo di comprendere l'esperienza soggettiva del paziente, è stata sviluppata da Rogers che ne ha individuato le principali caratteristiche ed ha cercato di comprenderne il funzionamento.

La riformulazione assolve a varie funzioni comunicative:

- Comunica al paziente il nostro ascolto, non solo che lo stiamo ascoltando, ma che lo stiamo facendo con attenzione ed interesse
- Comunica al paziente un senso di partecipazione alla sua esperienza
- Ci permette di verificare se abbiamo compreso accuratamente ciò che il paziente ha detto. In tal modo attua un doppio feedback comunicativo: da un lato fornisce al paziente un feedback del fatto che ci stiamo interessando a lui,

dall'altro fornisce a noi un feedback circa l'accuratezza della nostra riformulazione

- Ha una funzione di rispecchiamento: si tratta, in pratica, di riflettere come uno specchio ciò che il paziente dice, i suoi pensieri, il suo punto di vista e risentire il proprio discorso aiuta il paziente a diventarne più consapevole. In definitiva promuove la comprensione e la conoscenza di sé
- Arricchisce il messaggio, evidenziando aspetti presenti solo a livello implicito ed aiutando il paziente ad individuarli.



La riformulazione dovrebbe essere introdotta con una formulazione linguistica che Paul Watzlawick definirebbe "one down", ossia tipica di una posizione sottomessa. Praticamente è consigliabile cominciare con frasi come "Mi corregga se sbaglio", "Vediamo se ho capito bene", "Mi aiuti a riepilogare in modo che io non perda nulla di quanto ha detto". In questo modo il paziente si sente l'artefice di quanto detto, potendo controllare che sia veridico ed accettabile. Infatti, affinché la riformulazione possa essere considerata efficace si deve ottenere l'approvazione del paziente; per questo motivo la riformulazione non ha la forma di un'affermazione, ma è formulata con l'intonazione di una richiesta che mira a chiedere al paziente una conferma circa l'accuratezza della riformulazione stessa.

Rogers distingue le tipologie di riformulazione in tre categorie:

1) La **riformulazione semplice** (riformulazione del contenuto) consiste nel riproporre al paziente il contenuto manifesto ed evidente della sua comunicazione, ripetendolo, parafrasandolo o riassumendolo. In ordine crescente di complessità distinguiamo:

- Eco o reiterazione semplice: ci si limita a ripetere le ultime parole del paziente, con un tono leggermente interrogativo, con lo scopo di sollecitare la prosecuzione del discorso. Pertanto è utile quando ci sembra che il paziente sia indeciso se terminare il discorso o lasciarlo cadere. Es.: "So che mangio di più quando sono depressa", "Depressa...?" "Sì, mangiare mi aiuta a riempire il vuoto che sento dentro"; ripetendo l'ultima parola la paziente è stata

sollecitata a continuare, esponendo i suoi sentimenti ed il suo bisogno di usare il cibo in quel modo. Non è bene abusare della tecnica dell'eco perché un suo utilizzo eccessivo creerebbe nel paziente la sensazione di ricevere risposte "a pappagallo", ma è importante variare il tipo di riformulazione utilizzata.

- Reiterazione parziale: vengono ripetute alcune parole all'interno della frase del paziente con l'intento di fargli approfondire un determinato argomento. E' molto simile all'eco ma con due differenze: in primo luogo non vengono ripetute le ultime parole dette dal paziente, ma alcune parole scelte per la loro rilevanza; in secondo luogo non ha solo lo scopo di far proseguire il paziente nel suo discorso, ma quello di farlo proseguire su una tematica scelta. In tal senso è un intervento a valenza direttiva che funziona come una domanda di approfondimento, come se chiedessimo "*Mi può spiegare meglio questo aspetto?*"
- Riformulazione parafrasi: consiste nel ripetere i concetti espressi dal paziente utilizzando parole proprie e proponendo questo intervento come se fosse la richiesta di un chiarimento o di una conferma ("*Quindi se ho ben capito lei....E' così?*")
- Riformulazione riassunto: è una parafrasi riferita ad una porzione più ampia di discorso ed ha lo scopo di operare una sintesi dell'esposizione del paziente, soprattutto se questa è stata particolarmente prolissa. Il riassunto permette al paziente di rendersi conto che le sue esperienze, le sue emozioni ed il suo pensiero sono stati riconosciuti e valorizzati dal medico. Per riassumere correttamente sono necessarie tre cose: una comprensione accurata di ciò che è stato detto, un'accurata selezione degli elementi chiave, l'espressione verbale di tali elementi in forma chiara, diretta ed empatica.
- Riformulazione analogica o riformulazione per immagini: consiste nel riformulare gli elementi portati nella comunicazione dal paziente, utilizzando i contenuti espressi attraverso la comunicazione non verbale (postura, tono della voce, mimica facciale, ecc.)

2) La **riformulazione del sentimento** consiste nella traduzione in parole dei sentimenti e degli stati d'animo presenti in un determinato messaggio ed espressi dal paziente a livello verbale e non verbale. Si tratta, quindi, di cogliere il significato emotivo della comunicazione, pertanto richiede una buona capacità di osservazione ed un'accurata capacità di comprensione empatica e di immedesimazione.

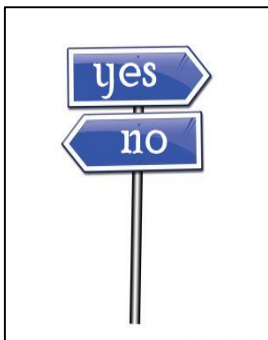
3) **Chiarificazione o delucidazione**: è la tecnica di riformulazione più complessa poiché consiste nel rilevare sentimenti non derivanti direttamente dalle parole del paziente, ma che possono essere dedotti dalla sua comunicazione non verbale, integrarli con il materiale proveniente dalla comunicazione verbale ed evidenziarli attraverso la riformulazione. La chiarificazione raramente compare nel dialogo di counseling poiché si avvicina di più all'interpretazione ed è anche alto il rischio che possa contenere elementi di giudizio.

La formulazione delle domande



Un'altra tecnica di ascolto attivo consiste nel fare domande, tecnica direttiva, ma essenziale. E' direttiva in quanto si decide cosa chiedere orientando inevitabilmente la discussione verso l'approfondimento di un particolare; allo stesso tempo è essenziale perché ci permette di raccogliere informazioni essenziali sul paziente ed ha, pertanto, una funzione aggiuntiva, di estensione o di precisazione.

Si possono distinguere due tipologie di domande:



1) **Domande chiuse:** sono quelle alle quali si può rispondere con un sì o un no, con un valore preciso, con un cenno del capo. Servono a raccogliere dati oggettivi e presuppongono un ristretto range di informazioni di ritorno.

Un eccesso di domande chiuse nel corso del colloquio porta ad uno stile di comunicazione molto controllato da parte del medico (*high control style*).

Un altro rischio delle domande chiuse è quello di poter indurre la risposta del paziente il quale, a seconda del modo con cui gli viene posta la domanda e se questa contiene degli elementi di giudizio del medico su un comportamento del paziente, tenderà a fornire la risposta che ritiene che il medico desidera, anche se non corrisponde alla verità, in quanto si sente giudicato (*meccanismo di infantilizzazione del paziente*).

Sono assolutamente da evitare le domande chiuse multiple (più domande chiuse in successione) e le domande chiuse concatenate (più domande chiuse riguardanti un solo argomento) poiché il paziente potrebbe avere difficoltà a concentrarsi su tutte le informazioni che gli vengono richieste e tenderà a rispondere solo all'ultima o a quella che gli crea meno disagio.

Altra tipologia di domanda da evitare è la domanda "perché" che suonano come un atto di accusa e mettono il paziente sulla difensiva.

2) **Domande aperte:** richiedono risposte elaborate e presuppongono un ampio range di informazioni di ritorno.

Con le domande aperte si può indagare

- I
Il mondo personale del paziente (aspettative, conoscenze, paure)
- I
Il mondo che ruota intorno al paziente (ambiente familiare e sociale)
- L
e soluzioni che il paziente immagina per la risoluzione del problema o quelle che ha già messo in atto.

Le domande aperte vanno utilizzate anche per capire quali informazioni il paziente ha già riguardo il problema, convalidare i contenuti corretti, confutare le informazioni sbagliate ed aggiungere quelle mancanti.

Rientrano tra le domande aperte le **domande narrative**, con le quali si chiede al paziente di descrivere una situazione in cui si presenta il problema allo scopo di trovare possibili soluzioni non ancora pensate, e le **domande proiettive**, con cui si invita il paziente a rispondere ad un quesito su una situazione ipotetica ("Se dovesse decidere di essere più attento alla sua alimentazione, da cosa inizierebbe?") e sono, quindi, utilizzate per focalizzare la riflessione sul futuro e sui cambiamenti.

Nessuna domanda è giusta o sbagliata in modo assoluto. La correttezza e l'esito di una domanda dipendono dal momento in cui è posta, dal tono di voce, dal modo di formularla, dai contenuti che vengono toccati.

L'aspetto rilevante di una domanda riguarda la sua utilità per un dato paziente in un preciso momento: se una domanda non serve al paziente, se non lo aiuta a proseguire, lo interrompe e non lo fa sentire ascoltato, allora quella domanda è inutile e sarebbe meglio evitarla.

Possiamo tener presenti alcune indicazioni pratiche:

1. E
ormulare le domande con voce chiara ed in modo sufficientemente lento,
perché il nostro comportamento, a livello verbale e non verbale, deve comunicare accoglienza e tranquillità
2. E
are domande brevi e semplici
3. U
tilizzare un linguaggio il più possibile simile a quello del paziente. E' meglio non ridefinire il problema del paziente con parole che non gli appartengono
4. Non abusare delle domande, soprattutto di quelle poco rilevanti

Roger Mucchielli (1983) ha individuato cinque atteggiamenti scorretti che bisognerebbe cercare di evitare in quanto tendono ad ostacolare più che a facilitare la comunicazione, perché tendono ad influenzare, a condizionare, ad orientare o ad inibire il paziente, limitandone la libertà di sviluppare autonomamente il suo punto di vista.

Risposta di valutazione

Con questa risposta esprimiamo un giudizio personale sul paziente o sul suo comportamento, assumendo un atteggiamento paternalistico, ad esempio mettendo in guardia il paziente rispetto alle conseguenze del suo comportamento, approvando o disapprovando le sue scelte o cercando di convincerlo a considerare giusto o corretto un certo modo di pensare (*"Si deve...Non si deve...Bisogna...E' corretto...E' sbagliato..."*). Questo atteggiamento induce nel paziente una sensazione di inferiorità, indipendentemente dal fatto che la risposta di valutazione sia negativa o positiva. In entrambe i casi, infatti, questo tipo di risposta non promuove l'autonomia del paziente e ne frena la comunicazione, poiché gli genera la sensazione di essere giudicato.

Risposta di interpretazione

Con questo tipo di risposta cerchiamo di dare un senso, un significato nostro al racconto del paziente e glielo comunichiamo. L'uso dell'interpretazione è scorretto in quanto tende ad attribuire all'esperienza del paziente significati e modalità di lettura che appartengono a noi, alla nostra visione del mondo (*"Fa così perché..."*). È, pertanto, un intervento induttivo che non facilita il processo di crescita, né promuove l'autonomia. L'interpretazione viene vissuta dal paziente come una rilettura estranea del proprio racconto, una traduzione poco fedele dei fatti, una spiegazione che non gli appartiene. Spesso il paziente reagisce con una rettifica o una precisazione (*"Non è proprio così...Non volevo dire questo..."*); se questo atteggiamento perdura il paziente può irritarsi, bloccarsi o perdere interesse per la comunicazione in quanto ha la sensazione di non essere capito.

Risposta di supporto o di sostegno-consolazione

Questo atteggiamento è teso ad incoraggiare, a sostenere e consolare l'altro rassicurandolo sulla sua situazione e sdrammatizzando gli aspetti per lui più preoccupanti. (*"Non ti preoccupare...Succede a tutti...Vedrai che tutto si sistema..."*). Se all'apparenza potrebbe sembrare un valido metodo per la rasserenazione, in realtà questo atteggiamento implica che il problema espresso dal paziente o sia completamente immaginario, o non sia così serio e, quindi, sia sopravvalutato. Con questo tipo di risposta, in definitiva, minimizziamo l'importanza della situazione, ne sdrammatizziamo la portata. Le reazioni del paziente possono essere o lo sviluppo di un atteggiamento di dipendenza, ad esempio l'attesa di ricevere consigli o suggerimenti, o, al contrario, un atteggiamento di rifiuto per il fatto di essere trattato in modo pietistico.

Risposta investigativa-inquisitoria

Questa risposta riflette l'atteggiamento, molto frequente, che spinge a cercare di raccogliere ulteriori informazioni e si esprime attraverso la presenza di molte domande (*"Non mi hai detto... Perché?..."*), spesso di tipo chiuso, che mirano a raccogliere informazioni precise. Questo atteggiamento, talvolta, porta ad incalzare il paziente che avrà una reazione di difesa, più o meno velatamente ostile a questo atteggiamento percepito come invasivo.

Risposta di soluzione del problema

Consiste nel proporre o suggerire al paziente una soluzione per risolvere il problema, soluzione ritenuta adeguata dal medico più che dal paziente ("Basta che.... La cosa migliore è... Al tuo posto...")Questo intervento, ovviamente, tende ad inibire e ad ostacolare la ricerca di una soluzione autonoma da parte del paziente. Gli effetti che questo tipo di risposta provoca nel paziente sono la sensazione di non essere stato ascoltato adeguatamente e l'impressione di essere stato costretto a scegliere la soluzione proposta.

Il corretto atteggiamento comunicativo è quello di accettazione dell'altro, riconoscendo la sua libertà di essere quello che è e rispettandone l'alterità e l'unicità.

*"Ogni persona è un'isola in sé stessa e può gettare dei ponti
verso le altre isole solamente se vuole ed è in grado di essere sé
stessa"*

Carl Rogers (1951)





TEST DI VALUTAZIONE DELLE PROPRIE CAPACITÀ DI ASCOLTO

Individuate i vostri comportamenti ricorrenti utilizzando la seguente scala:

0 = RARAMENTE; 1 = QUALCHE VOLTA; 2 = SPESSO; 3 = SEMPRE

1. Continuo ad ascoltare anche quando quello che dicono non mi interessa.
2. Evito di trarre conclusioni affrettate prima che l'altro abbia finito di parlare.
3. Se mi sfugge il significato di una parola, chiedo al mio interlocutore di specificare meglio.
4. Cerco di non lasciarmi influenzare dall'aspetto del mio interlocutore.
5. Quando mi parlano mi concentro su quello che mi dicono.
6. Chiedo conferma (feedback) di quanto ho capito.
7. Presto attenzione a chi non mi è simpatico.
8. Guardo negli occhi chi mi parla.
9. Con le parole e i gesti incoraggio l'altro ad esprimersi liberamente.
10. Presto attenzione al linguaggio non verbale del mio interlocutore
11. Penso che ci sia da imparare qualcosa da chiunque.
12. Evito di suggerire frasi o parole al mio interlocutore.
13. Evito di interromperlo.
14. Gli comunico che sto ascoltando con lievi cenni del capo.
15. Interrompo subito chi mi aggredisce verbalmente.
16. Prendo appunti per non dimenticare ciò che mi dicono.
17. Quando mi parlano, interrompo ciò che sto facendo in quel momento
18. Riesco a mantenere la concentrazione senza lasciarmi distrarre da suoni o rumori.
19. Se non mi è possibile prestare attenzione al mio interlocutore, lo prego di ripassare in un momento più propizio.
20. Quando ascolto l'altro avverto in me spontaneità nel farlo.
21. Pongo domande per comprendere meglio quello che il mio interlocutore

mi sta dicendo.

- 22.** Restare in silenzio quando comunico con qualcuno mi fa sentire agitato/ ansioso/ teso poiché sento l'impulso ad intervenire per replicare. (I)
- 23.** Cambio argomento quando parla il mio interlocutore. (I)
- 24.** Do consigli non richiesti quando l'altro sta parlando. (I)
- 25.** Quando l'altro sta esplicitando un suo problema, lo interrompo dicendogli che un problema simile c'è l'ho/l'ho avuto anch'io.(I)
- 26.** Mi impegno attivamente a cercare di comprendere gli altri facendogli domande senza aspettare che vengano da me.
- 27.** Riesco a controllare l'impulso a dare una spiegazione qualunque quando in realtà non ho al momento una risposta valida.

Nota: per gli items 22 – 23 – 24 - 25 la scala è rovesciata (cioè 0=3; 1=2; 2=1; 3=0)

Totale:

da 0 a 27 = non capacità di ascolto

da 28 a 41 = mediocre capacità di ascolto

da 42 a 54 = sufficiente capacità di ascolto

Le abilità di base del counseling: lavorare con l'ambivalenza e gestire la resistenza

Il cambiamento

Il cambiamento è un processo naturale, fisiologico, indispensabile per l'esistenza: è alla base stessa della nostra evoluzione

Senza cambiamento non c'è crescita.

Il cambiamento poche volte avviene senza attriti, generalmente provoca resistenze, infatti le persone non sono propense a cambiare e vi si oppongono, creando barriere.

Data questa situazione, è intuibile che l'opposizione, la resistenza al cambiamento è praticamente inevitabile e ineliminabile per cui l'unica cosa che si può fare è gestirla.

Il cambiamento è vita e la vita è cambiamento.

*“La vita appartiene ai viventi, e chi vive deve essere preparato ai cambiamenti.”
Johann Wolfgang von Goethe.*

Il cambiamento può essere visto come una situazione desiderabile, un'opportunità di miglioramento e di trasformazione, ma che è contemporaneamente qualcosa da cui stare in guardia, da cui proteggersi e da ostacolare per cui tende a far mettere in atto comportamenti difensivi finalizzati a proteggere e mettere in sicurezza rispetto al nuovo che si presenta o che viene proposto.

Il cambiamento può essere accettato e accompagnato, oppure può far mettere in atto resistenze e difese a seconda del tipo di risposta che viene data a domande del tipo:

Conosco la natura del cambiamento?

Comprendo la ragione del cambiamento?

Il cambiamento si presenta come un guadagno o una perdita?

Ho fiducia in colui che lo propone?

Resistenza al cambiamento

Per Freud la resistenza, sia quella conscia che quella inconscia, è la forza che si oppone al lavoro analitico, alla guarigione e al superamento della nevrosi, quasi che il paziente preferisse convivere col proprio male.

Da questo concetto psicoanalitico è ovvia l'estensione alla resistenza al cambiamento in senso generale.

La resistenza al cambiamento si può manifestare come:

- il desiderio di mantenere lo status quo
- incapacità di cambiamento

- il giudicare positivamente la situazione in cui ci si trova
- la necessità di mantenere in atto la situazione stessa

La resistenza, così, viene espressa con affermazioni orientate al mantenimento (Miller, Moyers, Amrhein e Rollnic 2006).

Alcuni esempi:

Desiderio di mantenere lo status quo: Ragazzo alla fine di un ciclo scolastico

Incapacità di cambiamento: Tossicodipendente

Positività della situazione: I moderni Peter Pan

Bisogno di mantenimento della situazione: Donna maltrattata e possibilità di abbandonare il marito solo a costo di significative perdite

Comportamenti di resistenza

L'Oregon Research Institute ha sviluppato un sistema di osservazione che ha sistematizzato la resistenza dei soggetti in quattro principali categorie. (Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh e Forgatch 1984)

Sono state evidenziate quattro categorie di comportamenti di resistenza.

Prima categoria

- *Discutere:* contestare l'accuratezza, la capacità o l'integrità del counselor
- *Sfidare:* contestare l'esattezza di quel che ha detto il counselor
- *Screditare:* mettere in discussione l'autorità e la competenza del counselor
- *Manifestare ostilità:* esprimere diretta ostilità nei confronti del counselor

Seconda categoria

- *Interrompere:* disturbare e interrompere il counselor in maniera difensiva
- *Parlare sopra:* interloquire mentre il counselor sta parlando, senza aspettare che abbia finito di svolgere la propria argomentazione
- *Bloccare:* inserirsi con parole che intendono zittire il counselor: "ora aspetti un attimo" – "ho sentito abbastanza"

Terza categoria

- *Negare:* esprimere l'indisponibilità a riconoscere i problemi, cooperare, assumersi le proprie responsabilità o ricevere consigli
- *Incolpare:* cercare di addossare ad altri la colpa dei propri problemi
- *Dissentire:* discordare dal suggerimento del counselor, senza offrire un'alternativa costruttiva – "sì, ma..."
- *Scusarsi:* scusarsi del proprio comportamento
- *Proclamare la propria impunità:* affermare di non correre pericolo (per es. a causa di una dipendenza)
- *Minimizzare:* affermare che il counselor sta esagerando i rischi e i pericoli
- *Esprimere pessimismo:* fare su se stessi o altri affermazioni generali di tono pessimistico o negativo

- *Mostrare riluttanza*: esprimere riserve riguardo alle informazioni o consigli ricevuti
- *Manifestare indisponibilità al cambiamento*: esprimere una vera e propria indisponibilità al cambiamento o l'intenzione di non cambiare

Quarta categoria

- *Ignorare*: dare prova di non seguire o ignorare il counselor
- *Distrarsi*: rispondere in modo da indicare che non ha seguito o che non ha prestato attenzione al counselor
- *Non rispondere correttamente*: formulare una risposta che non corrisponde alla domanda
- *Non rispondere affatto*: dare una risposta non udibile o non verbale alla domanda
- *Divagare*: cambiare la direzione della conversazione svolta fino a quel punto dal counselor.

(Adattato dal sistema di codificazione del comportamento di Chamberlain, Patterson, Reid, Kavanagh e Fogat 1984)

Tecniche per gestire la resistenza

Come sono state classificate le categorie di comportamenti di resistenza, così sono state sviluppate tecniche di gestione della resistenza

- *Riflessioni semplici*: ci si attiene ai contenuti delle affermazioni del soggetto, considerando gli elementi da evidenziare
Paz. Voglio abbuffarmi fino a scoppiare
Med. Vuole mangiare fino a morire?
- *Riflessioni amplificate*: aggiungono intensità alla parte dell'affermazione che corrisponde alla resistenza
Med. Questa è l'unica cosa che da senso alla sua vita?
- *Riflessioni a due facce*: comprendono entrambi gli aspetti che compongono una posizione ambivalente
Med. Ora fa questa affermazione, ma in altri tempi non l'avrebbe fatta e non l'ha fatta
- *Spostamento dell'attenzione*: ci si sposta verso aspetti che potrebbero essere più utili per il soggetto; da utilizzare quando si è invischiati in una situazione improduttiva
Med. Ora lei la pensa così e sa che è l'unico che può decidere se mettersi a dieta o meno e allora mi chiedo quale sarebbe la cosa utile da fare
- *Riformulazione*: rimodellamento dell'elemento di resistenza o dell'affermazione orientata al mantenimento
Med. Lei continuerà ad abbuffarsi?

Paz. Penso di sì

Med. Lei sicuramente può decidere in un senso o nell'altro anche se questa scelta potrà avere effetti negativi

- *Concordanza con l'introduzione di un cambiamento*: riflessione o affermazione cui segue una riformulazione

Paz. Non sopporto che mi si dica quello che devo fare

Med. Le da fastidio perché Lei sa fare buone scelte e sa qual'è il comportamento adatto a lei senza bisogno di suggerimenti

- *Schieramento con il non cambiamento*: quando si capisce che non è il momento adatto al cambiamento in attesa dell'occasione propizia
- *Enfatizzazione delle capacità di scelta e di controllo individuali*: ricordare alla persona che solo loro possono cambiare il proprio comportamento

D.B. Rosengren, Guida pratica al counseling motivazionale

Ambivalenza

Dal latino *ambi* (entrambi) e *valentia* (forza, capacità)

1. In senso ampio, carattere o proprietà di ciò che si presenta sotto due aspetti diversi (non necessariamente in opposizione), o con due diversi valori o funzioni, che ha duplice effetto o serve a duplice scopo.

2. In psicopatologia, comportamento di chi rivolge verso una stessa persona o oggetto, contemporaneamente o alternativamente, due sentimenti o due impulsi antitetici.

Enciclopedia italiana Treccani

L'ambivalenza gioca un ruolo molto importante nel counseling al punto che il counseling motivazionale viene definito come "*metodo orientato, centrato sul cliente, volto a rafforzare la motivazione intrinseca al cambiamento attraverso l'esplorazione e la risoluzione dell'ambivalenza*" (Miller e Rollnick, 2002)

L'ambivalenza è caratterizzata dal conflitto di due realtà, due situazioni, due modi di vivere, ecc...

che deve portare a una scelta tra due alternative

Le possibilità di scelta ha alcune caratteristiche peculiari:

- *Approccio-approccio*: scelta tra alternative entrambe allettanti
- *Evitamento-evitamento*: scelta tra alternative entrambe negative
- *Approccio-evitamento*: scelta tra alternative una positiva e una negativa
- *Approccio-evitamento doppio*: scelta tra due alternative che hanno entrambe aspetti sia positivi che negativi

Come affrontare l'ambivalenza

La bilancia è un efficace metafora dell'ambivalenza.

Su un piatto della bilancia il costo e il beneficio dello status quo, sull'altro quelli del cambiamento in modo da "soppesare" la situazione e valutarne l'evoluzione.

Esempio : Bilancia decisionale di un fumatore di cannabis

<u>Continuare a "fumare"</u>		<u>Smettere di "fumare"</u>	
Benefici	Costi	Benefici	Costi
Mi rilasso	Contrasto con la famiglia	Meno conflitti in famiglia	Mi piace andare fuori di testa
Mi piace stare con gli amici	Sono un cattivo esempio per mio fratello	Posso tornare a essere "l'idolo" di mio fratello	Potrei non essere più accettato dal gruppo
	Danneggia le mie capacità mentali	La mia salute ne gioverebbe	Non saprei gestire ansia e stress
	Mi costa troppi soldi	Non saprei gestire ansia e stress	

Alcuni autori ritengono problematico l'uso della tecnica della bilancia decisionale, perché potrebbe evocare affermazioni orientate al mantenimento dello status quo. Forzare la situazione nella direzione della positività può dare adito a una risposta paradossale, rafforzando il comportamento negativo (Miller e Rollnick 2009).

Metafora di Miller

Miller ha formulato una metafora per esplicitare il comportamento da tenere con una persona ambivalente.

Il counselor passeggia in un giardino con la persona che ha chiesto il suo intervento e ascolta la descrizione che lui gli fa dei fiori e raccoglie quelli che lui ritiene più belli.



Una volta finita la raccolta, prepara un bouquet e glielo consegna.

Raccogliere i fiori equivale alla tecnica dell'ascolto riflessivo che consiste nella capacità di prestare attenzione a tutti gli aspetti della comunicazione del proprio interlocutore

Preparare il bouquet equivale alla tecnica del riassunto che è di riordino, di collegamento e di transizione.



Il riassunto di riordino riepiloga quello che è stato detto dalla persona e mostra quali sono i pensieri di cambiamento.

Il riassunto di collegamento mette in risalto l'eventuale contrasto delle idee attuali con quelle precedenti.

Il riassunto di transizione aiuta a vedere le relazioni tra elementi diversi e/o considerare opzioni diverse.

L'ambivalenza è una comune esperienza umana e uno stadio del processo di cambiamento.

Risolvere l'ambivalenza significa fare un significativo passo verso l'induzione del cambiamento.

Le cose non cambiano: siamo noi a cambiare.

Henry David Thoreau

Le abilità' di base del counseling: accrescere l'autostima e l'autoefficacia

“L'esperienza non è ciò che succede a un uomo, ma quello che un uomo realizza utilizzando ciò che gli accade.” (Aldous Huxley)

Il termine **empowerment** (rafforzamento delle potenzialità) indica il processo di responsabilizzazione del paziente e intende favorire la presa di coscienza delle proprie capacità e della propria autoefficacia. Si tratta di far acquisire potere alle persone, ovvero incrementare le loro capacità nel controllare attivamente la propria vita.

E' un processo di crescita basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione, volto a far emergere risorse latenti e a portare l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale.

L'empowerment indica quindi la capacità attiva di problem solving. La persona è supportata ma mantiene la libertà e l'autonomia di scelta (Rogers, 1951)

Il principio dell'empowerment è sostenere e non sostituirsi.

Punto di partenza del processo di empowerment è una situazione definibile **“learned helplessness”**, cioè passività appresa, sentimento di impotenza acquisita per cui il soggetto di fronte ad eventi stressanti sente di non poterli padroneggiare. Il punto di arrivo del processo di empowerment è una situazione definibile come **“learned hopefulness”**, cioè l'acquisizione della fiducia in sé, l'apprendimento dell'efficacia derivante dalla sensazione di controllo sugli eventi tramite la partecipazione e l'impegno nel proprio ambiente.

Attraverso la comunicazione interpersonale, l'ascolto, l'empatia e il sostegno si promuove un processo di empowerment, aiutando le persone a raggiungere una visione più oggettiva del problema e a trovare in prima persona le soluzioni personali.

Nell'ambito della promozione della salute l'obiettivo diventa incrementare e rinforzare, attraverso l'empowerment, i fattori protettivi presenti nel soggetto agendo sulle sue competenze, l'autocontrollo, la capacità di autoregolazione, l'autostima, l'autoefficacia,.. e stimolare le capacità dello stesso di rispondere in modo sano agli eventi della vita per il raggiungimento dei propri fini, nel rispetto di quelli degli altri.

Ciascuno, difatti, risponde in maniera soggettiva agli eventi stressanti della vita (difficoltà, malattia,..) e ciò avviene in base alla propria vulnerabilità e alla propria resilienza, elementi su cui vanno ad incidere fattori di rischio e protettivi.

I fattori protettivi sono quei fattori che possono tutelare l'equilibrio psicofisico in situazioni di stress e che aumentano la capacità degli individui di resistere agli impatti penosi della vita (capacità di coping).

Ogni individuo reagisce in maniera diversa agli stressors a seconda di fattori interagenti biologici, psicologici, culturali, familiari, sociali. Si parla di “vulnerabilità individuale”.

Parallelamente però ciascuno ha una propria capacità di resistere agli stress e di superare positivamente le circostanze avverse: tale capacità viene detta **resilienza** (capacità di resistere agli urti). Quello che attraverso il processo di empowerment si tende ad attuare è far emergere nei soggetti capacità di coping, ossia di fronteggiamento delle situazioni, perché questi possano diventare in grado di affrontare gli stressors della vita; non si tratta di eliminare il disagio, ma preparare gli individui ad affrontarlo, attivando appunto i fattori protettivi in essi presenti.

Qualsiasi strategia di intervento, sia curativa che preventiva, nella famiglia, nella scuola, in qualsiasi contesto, deve favorire la capacità di ogni singola persona di gestire al meglio le proprie risorse.

Nello specifico, l' autostima e l' autoefficacia rappresentano fattori protettivi direttamente correlati alle possibilità di successo o di fallimento. Quanto più la persona ha stima di sé e fiducia nelle proprie possibilità tanto più sarà pronta a mettersi in gioco. Le conseguenze di una buona o cattiva autostima incidono direttamente sul perseguimento degli obiettivi e più generalmente sul complessivo benessere psicologico.

In campo medico, ove le patologie croniche rappresentano un'ampia percentuale della casistica, la modifica degli stili di vita è fondamentale per il decorso clinico: la collaborazione attiva del paziente è assolutamente indispensabile nel favorire il processo di cambiamento.

Il medico, dal canto suo, dovrebbe, attraverso una comunicazione adeguata, stabilire una relazione empatica con il paziente aiutandolo ad incrementare le sue risorse e, in particolare, la propria autostima ed autoefficacia, ai fini di una maggiore compliance al trattamento ed efficacia dei risultati.

Autostima

L'autostima rappresenta la forza dell'io, è la valutazione che una persona dà di se stessa, è componente essenziale del benessere psicologico e quindi di positivo interesse per la vita, produce motivazione e determinazione al cambiamento. Consente di formulare progetti e di aprirsi con fiducia alle nuove esperienze.

A differenza del **concetto di sé**, che è l'insieme di elementi che la persona usa per descrivere se stessa, l'autostima è l'immagine che ciascuno ha di sé, la valutazione di sé attraverso gli elementi contenuti nel concetto di sé. Si costruisce fin dall'infanzia ed è un'esperienza del tutto soggettiva.

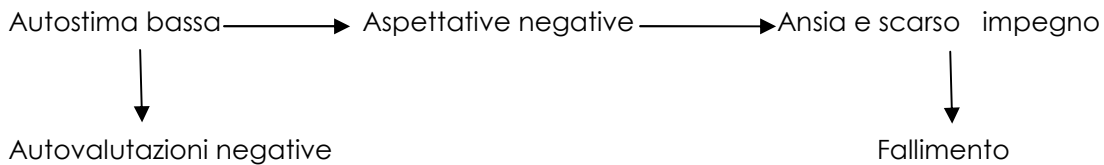
A **livello cognitivo** è una valutazione sul concetto di sé, un'opinione su di sé (*"sono totalmente incapace"*)

A **livello emotivo** è cosa la persona prova verso di sé (*"mi faccio schifo"*)

A **livello comportamentale** è come si comporta di conseguenza. Se si ha un'immagine di sé con scarsa capacità ci si appresta ad affrontare un compito o una situazione con un approccio poco convinto (*"tanto è inutile, non ce la farò"*). Tutto ciò crea le basi per un effettivo insuccesso (profezia che si auto avvera).

L'autostima incide quindi su:

- successi e fallimenti
- capacità di perseguire gli obiettivi
- complessivo benessere psicofisico



“Non ce la farò mai. Non è per me..Sono fatto così...” (profezia che si autodetermina)

In ambito clinico: soggetti depressi, con disturbi alimentari

L'autostima, inoltre, non è un concetto statico, ma continua a modificarsi attraverso le esperienze di successi e fallimenti, i feed-back ricevuti e il modo in cui queste esperienze vengono vissute. L'individuo comincia a formare il concetto di sé in età precoce. Il bambino interiorizza ciò che l'ambiente in cui vive gli comunica su se stesso, quello che gli adulti gli rimandano e può accadere che consideri questo come realtà oggettiva. Il risultato dell'interiorizzazione è che, anche se queste persone non sono presenti, è come se il soggetto continuasse a sentire le loro voci, il loro tono denigratorio, giudicante.. e questo lo fa sentire inadeguato.

Le relazioni familiari nei primi anni di vita sono molto importanti nella formazione dell'autostima. Soggetti con buona autostima in genere hanno avuto relazioni empatiche con i genitori, elevata stima da parte di questi, supporto incondizionato e incoraggiamento. All'interno della famiglia se il bambino si sente accettato e amato indipendentemente dai risultati che raggiunge avrà maggiore autostima.

Ma oltre alle relazioni primarie, fondamentali sono anche le esperienze di vita nelle relazioni con gli altri.

L'autostima si evolve, infatti, in svariati contesti in cui l'individuo si trova ad interagire fin dall'infanzia: le esperienze in questi contesti concorrono all'autostima globale, che raggiunge una differenziazione stabile verso gli 8/9 anni.

Critiche e consensi intaccano l'immagine che abbiamo di noi stessi.

L'autostima quindi dipende:

- dalle aspettative che abbiamo nei nostri confronti
- dalla raggiungibilità o meno dei nostri modelli di riferimento
- dalla qualità delle relazioni sperimentate nell'infanzia
- dai rimandi dell'ambiente.

L'autostima può quindi essere definita come uno schema comportamentale e cognitivo appreso, multidimensionale e riferito a diversi contesti, basato sulla valutazione di sé attraverso esperienze passate e questo influisce i comportamenti attuali e futuri.

Le origini del concetto di autostima

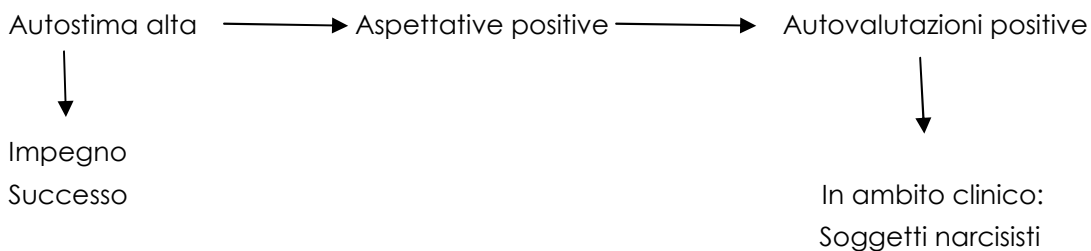
James (1842-1910) è stato uno dei primi studiosi ad occuparsi di autostima e ha dedotto che l'essere soddisfatti o insoddisfatti di sé dipende dai criteri che le persone adottano nel giudicarli. La stima di sé origina dal confronto fra **sé percepito** (concetto di sé) e **sé ideale** (l'immagine che vorrebbe essere) . Più è ampia la discrepanza, più bassa è l'autostima (ad es. genitori con alte aspettative e figlio che non si sente mai all'altezza). Se gli standards sono molto alti, irraggiungibili è più facile incorrere in un fallimento e ciò quindi può essere sia causa che effetto di bassa autostima.

La bassa autostima porta a maggior timore nell'affrontare i problemi e minore capacità di recupero di fronte agli insuccessi.

Le persone con scarsa autostima sono molto sensibili alle critiche e danno poca rilevanza ai giudizi positivi (selezione percettiva degli eventi).

Coloro in possesso di alta autostima, invece, tendono ad essere ottimisti, ad impegnarsi per conseguire successo, sono fiduciosi in sé. Quando un obiettivo è realistico, il raggiungimento permetterà di sperimentare il senso di autoefficacia migliorando la stima di sé e di conseguenza le future probabilità di successo.

Anche un'autostima alta, però, può portare ad insuccessi quando, a fronte di un'alta valutazione di sé, vi può essere una sottovalutazione delle problematiche poste dall'ambiente o vengono perseguiti obiettivi poco realistici.



L'autostima viene determinata da informazioni oggettive e soggettive, riferite a diversi tipi di sé:

- il **sé reale** (ciò che crediamo di essere)
- il **sé ideale** (ciò che vorremmo essere)
- il **sé imperativo** (ciò che sentiamo di dovere essere)

Rapporto alterato	Sé reale – Sé ideale	Sé reale – Sé imperativo
Risposte emotive	Tristezza Delusione Riduzione dell'attività fisiologica	Senso di colpa Imbarazzo Aumento dell'attività fisiologica
Effetti a lungo termine	Minore autostima Depressione Alterazione del sistema immunitario Malattia	Minore autostima Ansia Alterazione del sistema immunitario Malattia

(Higgins,1998)

I problemi sorgono quando c'è un alterato rapporto tra sé reale, ideale e imperativo.

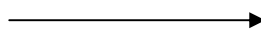
Autostima e locus of control

Collegato all'autostima è il **locus of control**, inteso come attribuzione della causalità di un fallimento all'esterno o all'interno.

Chi non ha autostima alta tende a ricondurre gli insuccessi alla propria incapacità, mentre i successi a fattori esterni incontrollabili (fortuna, facilità del compito,..).

Locus di controllo esterno

I risultati non dipendono da me, dal mio impegno o dalle mie decisioni: dipendono dal destino



Locus di controllo interno

I risultati ottenuti dipendono da me, dal mio impegno e dalle mie decisioni

*“Il problema non è che siamo noi che siamo grasse,
sono le taglie che sono troppo piccole”*

Strategie di intervento per accrescere l'autostima

Benchè non vi sia una "ricetta" per accrescere l'autostima dell'altro, possiamo comunque elencare alcune strategie che rafforzano l'interlocutore e lo sostengono rispetto alla fiducia nelle proprie possibilità e nel riconoscimento delle proprie risorse:

- Riportare fatti che vanno a contrastare le false credenze
- Usare e stimolare nell'altro un linguaggio che circoscriva i giudizi a dei comportamenti specifici e non all'intera persona (non "sei fatto così, sei ... ", ma "in queste situazioni ti sei comportato così...")
- Valorizzare i successi confutando la selezione percettiva degli insuccessi
- Stimolare l'assertività

Autostima e assertività

Lavorare sull'autostima quindi presuppone anche un lavoro sull'**assertività** (dal latino: asserere = affermare con convinzione e con tenacia).

Il comportamento assertivo è il punto centrale di un continuum che presenta alle due estremità: il comportamento aggressivo, da un lato e quello passivo dall'altro.

La **persona passiva** mette da parte le proprie esigenze, i propri diritti, subisce. Alla base potrebbe esserci la convinzione che per essere amati sia necessario essere accomodanti (soggetto dipendente).

In questi casi l'unica fonte di nutrimento per l'autostima è l'approvazione altrui. Ma se quello che pensano gli altri influenza quello che pensiamo di noi è vero anche che gli altri sono influenzati dal giudizio su noi stessi e tendono a vederci come ci vediamo: "per piacere agli altri bisogna prima di tutto piacere a noi stessi". Persone con scarsa autostima e dipendenti tendono a mostrarsi in maniera negativa, a sminuirsi, essere umili, poco assertive. Le persone si comportano di conseguenza e ciò rinforza l'immagine negativa di sé.

L'**aggressivo** è la persona che cerca di fare in modo che le proprie esigenze e i propri diritti siano soddisfatti ad ogni costo, senza tenere conto degli altri.

Assertivo è chi considera importanti le proprie esigenze, i propri diritti, i propri bisogni e cerca di soddisfarli riconoscendo tuttavia la propria e l'altrui libertà, senza violare i diritti e limiti altrui e senza farsi condizionare. Questo è uguale ad apprezzarsi.

Passivo	Assertivo	Aggressivo
Mette da parte le proprie esigenze e diritti in funzione degli altri	Porta avanti i propri diritti e bisogni senza calpestare gli altri	Fa in modo che le proprie esigenze siano soddisfatte a ogni costo, senza tener conto degli altri

Bassa autostima, mancanza di assertività e sensi di colpa vanno a braccetto. Le persone con queste caratteristiche tendono a credere di doversi adattare agli altri, a quello che gli altri si aspettano da loro, si sentono colpevoli a dire no, in quanto in dovere di essere permanentemente disponibili. L'eccessiva sensibilità al senso di colpa rende facilmente manipolabili e dunque ad esporre maggiormente a ricatti affettivi: fai come vuoi, ma sappi che mi farai soffrire. La risposta è: "se lo faccio sono cattivo, quindi o lo faccio e ho senso di colpa o non lo faccio, frustrandomi". Il senso di colpa può tradursi in veri e propri disturbi fisici e/o psichici come "espiazione" o accumulo di tensione.

Il senso di autoefficacia (self efficacy)



Il concetto di "self efficacy" o autoefficacia è nato nel 1977, è un concetto coniato da Bandura, psicologo canadese noto per il suo lavoro sulla teoria dell'apprendimento sociale. Bandura, distanziandosi significativamente dal **comportamentismo** ormai in declino, sottolineava come l'apprendimento non avvenga solo per esperienza diretta, ma come esso possa essere mediato attraverso l'osservazione di altre persone attraverso un processo di modellamento. L'accento inizia ad essere posto sulle strutture cognitive alla base dei comportamenti, in termini di aspettative, attribuzioni causali, valutazioni sulle capacità proprie ed altrui. Il termine da lui coniato di "autoefficacia"

percepita" (perceived self efficacy), segna il punto di approdo della teoria dell'apprendimento sociale e la nascita della teoria sociale cognitiva (Bandura, 1997). I fattori personali interni (eventi cognitivi, affettivi e biologici), il comportamento e l'ambiente operano come fattori causali interagenti che si influenzano reciprocamente in modo bidirezionale.

Le persone non sono il risultato passivo di eventi, ma soggetti attivi, capaci di autoregolarsi e riflettere su stessi e agire consapevolmente nel proprio ambiente.

L'autoefficacia percepita influenza gli obiettivi che il soggetto si pone ed è a sua volta influenzata dalle prestazioni e dalle interpretazioni passate e presenti.

Il senso di autoefficacia è la convinzione personale di poter eseguire con successo i compiti richiesti in una data situazione o di produrre determinati cambiamenti, è la fiducia che la persona ripone nelle proprie capacità di eseguire con successo un compito.

"Le convinzioni che le persone nutrono sulle proprie capacità hanno un profondo effetto su queste ultime. Chi è dotato di self efficacy si riprende dai fallimenti; costoro si accostano alle situazioni pensando a come fare per gestirle, senza preoccuparsi di ciò che potrebbe andare storto" (Albert Bandura)

"L'autoefficacia è la convinzione delle proprie capacità di fornire una certa prestazione, organizzando ed eseguendo le sequenze di azioni necessarie per gestire adeguatamente le situazioni che si incontreranno" (Albert Bandura).

Per compiere un'azione quindi non basta volerlo, è necessario credere nelle proprie capacità.

La sensazione di non essere in grado di cogliere le sfide che una vita normale ci pone può avere conseguenze in ogni campo. In ambito clinico, ad es., la riduzione dell'efficacia fisica è nota alle persone che scoprono di essere diabetiche. In questi casi il medico consiglia attività fisica, ma spesso questa non viene eseguita. Ciò dipende dallo scarso livello di autoefficacia del soggetto. Il medico tende a valutare oggettivamente la salute e quindi a prescrivere un certo grado di attività fisica attraverso la sua valutazione di salute del paziente. Il soggetto però metterà in atto questa prescrizione sulla base della sua valutazione soggettiva in merito.

Secondo la teoria del Sé, autostima ed autoefficacia rappresentano due dei tre pilastri alla base del benessere di una persona ben strutturata, insieme all'attaccamento sicuro (come fiducia maturata di poter meritare, ricevere e ricambiare amore).

Il livello di autoefficacia può essere considerato la variabile più importante nel determinare i nostri comportamenti in quanto prima di mettere in atto qualsiasi cosa siamo guidati dalla nostra rappresentazione anticipatoria (lo scenario che incontreremo in termini di ostacoli, difficoltà, vantaggi...). Tale rappresentazione mentale ci fa decidere se agire o no e determinare, con l'autostima, il successo o l'insuccesso delle azioni eventualmente intraprese.

Fattori che contribuiscono a determinare il senso di autoefficacia

La percezione delle nostre abilità si basa su un processo di autovalutazione che chiama in causa la storia personale di successi e insuccessi, rispetto al superamento dei compiti incontrati fino a quel momento.

In particolare il senso di autoefficacia è correlato ai seguenti fattori:

- esperienze personali (*"In passato ci sono riuscito? Quante volte?"*; *"Ci sono riuscito grazie alle mie capacità?"*)
- esperienze vicarie (*"Altri ci sono riusciti?"*; *"Come hanno fatto?"* ; *"Se ci sono riusciti loro ci riuscirò anch'io?"*)
- persuasione e influenze sociali (*"Secondo gli altri ci riuscirò?"*; *"Cosa dicono delle mie capacità pertinenti?"*)
- stati fisiologici e affettivi (*"Mi sento in forma?"*; *"Il compito richiede molta efficienza?"*; *"In questo stato sono in grado di funzionare al livello richiesto?"*)

Come sostenere l'autoefficacia

Sostenere l'autoefficacia può stimolare l'altro nel mettersi in gioco con fiducia nella possibilità di riuscire e promuovere un successo effettivo.

Elenchiamo alcune delle strategie utili:

- Richiamare precedenti successi
- Richiamare alle esperienze vicarie (ciò che altri sono stati capaci di fare in condizioni analoghe)
- Enfatizzare, infine, la responsabilità personale del soggetto nel processo di cambiamento stimola l'autoefficacia

Autoefficacia e compliance terapeutica

Spesso il Medico di Medicina Generale si deve destreggiare con le resistenze del paziente al processo di cura, più specificatamente quando si tratta di patologie croniche, che necessitano una partecipazione attiva del soggetto, per la richiesta di adozione di stili di vita (comportamenti alimentari, attività fisica, ecc.) che frequentemente tali patologie comportano. Quante volte il paziente risponde alle sollecitazioni del clinico: *"Non ce la farò mai... E' impossibile.."*

L' autostima bassa o un basso livello di senso di autoefficacia impediscono di seguire le sue indicazioni ed il medico dovrà usare le strategie idonee per potenziare nel paziente la fiducia di sé e della possibilità di riuscire a contribuire in maniera attiva al proprio benessere. Sarà importante la sua capacità comunicativa, di ascolto globale del paziente ma, in primo luogo, la creazione di un clima di fiducia reciproca, come predittore di buon esito del trattamento.

Chi prova fiducia è meno ansiosa perché sperimenta sicurezza.

Il paziente fiducioso è convinto che il medico comprenda i suoi problemi, spera nel processo terapeutico e pensa che se prenderà parte al processo clinico potrà guarire: riconosce i limiti e non considera l'altro onnipotente. La fiducia è stimolata dall'affidabilità e dalla chiarezza: quando non c'è risposta a qualche quesito, lo si deve rivelare senza alcuna remora. Il curante che riconosce i suoi limiti rende il paziente più realista e meno magicamente consegnato ad un'illusione di onnipotenza della medicina.

L'affidabilità consiste nel proteggere i pazienti dall'imprevedibilità: dietro l'inaffidabilità si nasconde il caos dell'imprevedibile e quindi la somatizzazione. Ai fini dell'accrescimento della fiducia non è mai tempo perso entrare nelle riflessioni, emozioni, timori e speranze del paziente, assicurargli riservatezza e ricordare i vincoli etici della professione (Winnicott). Il malato, quale soggetto attivo, diventa così spettatore e interprete della sua malattia.

La motivazione, partecipe attiva, alla cura si costruisce attraverso una comunicazione che comprenda:

- Utilizzo di domande aperte
- Ascolto riflessivo (effetto empatico dell'ascolto riflessivo)
- Sostegno e conferma (Es.:*"E importante che abbia deciso di venire qui per affrontare il suo problema"*, oppure *"Se è riuscito a sopportare così a lungo il suo problema talmente grave deve essere davvero una persona con risorse e capacità"*)
- Legittimazione dell'esperienza del paziente
- Normalizzazione della sua ambivalenza
- Rinforzi positivi
- Riassunto (*"vediamo se ho capito bene la situazione... mi permette di provare a sintetizzare?"*) e analisi della sua ambivalenza, includendo le resistenze (*"da un lato lei pensa,... dall'altro" ... "la sua difficoltà potrebbe essere"..*)

Autoefficacia come fattore di promozione della salute

L'autoefficacia è un fattore importante dei comportamenti di promozione della salute. Le teorie psicologiche cognitive e l'approccio psicoeducativo considerano le risposte disfunzionali in termini di senso di inefficacia nell'esercitare un controllo sui pericoli incombenti e sulle richieste ambientali percepite come difficili. Se le persone ritengono di poter affrontare efficacemente i potenziali stressors ambientali non si lasciano turbare da essi (soggetti con adeguate capacità di coping). Viceversa, se credono di non poter controllare le situazioni e le avversità, cadono vittime degli stressors e peggiorano il proprio livello di funzionamento.

L'esposizione a stressors incontrollabili tende a danneggiare la funzione del sistema immunitario in modo tale che può accrescere la vulnerabilità alla malattia. Dal punto di vista psicologico la valenza di un adeguato livello di attivazione del sistema nervoso di fronte agli stressors, sotto il profilo cognitivo, emozionale e comportamentale,

comporta sensazione di essere se stessi, centrati sulla proprie potenzialità e capaci di agire sui propri punti deboli per rafforzarsi; consente al soggetto di padroneggiare gli stressors con conseguenti effetti positivi sul senso di autostima e autoefficacia e salute in toto (benessere).

E' un circolo virtuoso: se cresce la fiducia in sé migliorano i risultati raggiunti e le sensazioni di benessere motivano a sentirsi capaci di svolgere attività fisica in maniera continuativa. Il miglioramento dei risultati aumenta la motivazione e la fiducia in se stessi.

"Mi stimo, quindi mi curo"

Nell'ambito della promozione degli stili di vita, è stato rilevata, un'alta correlazione tra sensazione di autoefficacia e propensione a praticare attività fisica.

Così se si aumenta l'autoefficacia e migliora il concetto di sé fisico, ad es., il diabetico comincerà a praticare attività fisica facendo fronte anche alle barriere (resistenze quali mancanza di tempo, di voglia, difficoltà economiche..).

"Chi dice che è impossibile, non dovrebbe disturbare chi ce la sta facendo".

(Albert Einstein)

BIBLIOGRAFIA

- V. Calvo** *Il colloquio di counseling* Il Mulino
- B. Zani, E. Cicognani** *Psicologia della salute* Il Mulino
- D. Rosengren** *Guida pratica al counseling motivazionale* Erickson
- W. Miller, S. Rollnick** *Il colloquio motivazionale* Erickson
- S. Rollnick** *Cambiare stili di vita non salutari* Erickson
- R. Mucchielli** *Apprendere il counseling* Erickson
- R. Carkhuff** *L'arte di aiutare* Erickson
- M. Hough** *Abilità di counseling* Erickson
- A.M. Di Fabio** *Counseling* Giunti
- C. Lazari, P. Costigliola** *Guida alla comunicazione tra medico e paziente* Pitagora Editrice Bologna