

ABILITA' E TECNICHE DI *COUNSELING* NELLA COMUNICAZIONE CON IL PAZIENTE DIABETICO ANZIANO FRAGILE IN MEDICINA GENERALE

Giuseppina Menduno*, Maria Luisa Pasquarella°

*Dottore di Ricerca in Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia

°Dottore di Ricerca in Scienze dell'Educazione dell'Università degli Studi di Perugia

“Il paziente entra, si siede, parla. Il medico lo ascolta, lo visita, pronuncia una diagnosi, prescrive accertamenti diagnostici e/o un medicamento. Lo schema è questo. Ma ciò che rende la professione medica insostituibile è qualcosa che trascende questo schema. Sempre. In tutti i casi.”

Bensaid Norbert

L'educazione del paziente diabetico

Il riconoscimento del ruolo della *relazione interpersonale* tra medico e paziente nella costruzione dei processi di guarigione, adattamento alla malattia, modificazione dei comportamenti, assunzione di responsabilità e adesione alle prescrizioni è strettamente connesso con un approccio alla salute e alla malattia come esperienze che coinvolgono le persone simultaneamente e inestricabilmente a livello biologico, psicologico, culturale e sociale.

L'esperienza di malattia, soprattutto di quella cronica, come appunto il diabete, richiede al medico competenze e abilità che lo guidino nella comprensione del paziente come persona che ha dei sintomi, propri modi di percepirla, di attribuire loro significato e di reagire a essi.

Da ciò l'importanza dell'***educazione del paziente***: “un processo che procede a tappe, integrato nei processi terapeutici e che comprende una serie di attività organizzate che includono la **sensibilizzazione**, l' **informazione**, l'**apprendimento** e l'**aiuto psicologico e sociale** riguardo alla malattia e alla sua terapia.

Il tutto finalizzato ad aiutare il paziente e la sua famiglia ad avere una migliore comprensione della malattia, a collaborare alle cure, a prendersi cura del suo stato di salute.” (1)

I pazienti diabetici soffrono, in misura variabile da persona a persona, per la perdita del *senso d'integrità* e sperimentano una sensazione d'*incertezza*, legata alle minacce di scempenso e di aggravamento che il loro stato comporta.

Il management del paziente diabetico anziano da parte del medico di medicina generale è complicata dal fatto che, sovente, il soggetto malato non gestisce autonomamente la sua malattia (familiari o badanti si occupano della somministrazione della terapia o dell'attenzione allo stile di vita del paziente) quindi, nel processo educativo, entrano in gioco altri attori con i quali il medico deve interloquire e la scena si arricchisce e si complica nell'intrecciarsi di bisogni, aspettative, conoscenze e resistenze.

Il diabete implica, come tutte le malattie croniche, un cambiamento nell'esistenza del malato: egli deve da un lato modificare il proprio stile di vita eliminando quei fattori e quelle

abitudini che sono incompatibili con la condizione patologica, e d'altro è costretto a tenere sotto controllo la propria salute in modo da evitare peggioramenti.

Deve *rinunciare all'idea di guarigione* e ciò comporta ripercussioni a livello emotivo sia nel paziente che nei suoi familiari.

L'anziano che si ammala di diabete è già, solitamente, una persona compromessa nel suo stato di salute, a volte in maniera lieve, a volte in maniera severa.

La variabilità degli atteggiamenti e dei comportamenti dei malati dipende da fattori diversi.

Un ruolo importante gioca l'*elemento culturale*, inteso in senso antropologico.

Non tutte le malattie sono uguali dal punto di vista dell'interpretazione che il contesto sociale ne dà; alcune portano con sé uno stigma legato a forme culturali di rappresentazione della loro eziologia.

Il diabete è tradizionalmente visto come "la malattia dell'eccesso" e offre al contesto di vita del paziente e al mondo sanitario stesso la possibilità di un "atto d'accusa" nei confronti dell'ammalato; la trasgressione da uno stile di vita salutare del paziente ha prodotto effetti iatrogeni.

Il processo di accettazione della malattia ha un esito variabile che dipende anche dal ruolo sociale e familiare ricoperto dalla persona, dalle limitazioni derivanti dalla malattia, dalla struttura di personalità individuale, dall'atteggiamento dei suoi congiunti, dalla natura dei rapporti familiari, dall'età, dal sesso della persona, dal livello d'istruzione e dalla possibilità di ricevere un adeguato sostegno nell'esperienza di malattia.

Per la cura del diabete è necessaria l'attiva partecipazione del paziente nella terapia, alla base della quale vi è un processo di attivazione di canali cognitivi, emotivi, comportamentali, che vede il medico di medicina generale impegnato in compiti complessi di comunicazione adatti a perseguire l'obiettivo di rendere il paziente responsabile e autonomo nella gestione della malattia.

I familiari del malato, dal canto loro, possono sviluppare forme di ansia e di timore sia per la sorte del loro caro che per il destino della famiglia o per quello personale – sentimento, questo, non disgiunto da sensi di colpa – reagendo con comportamenti che tendono a sottominuire la portata della malattia o, al contrario, a enfatizzarla e che conducono a una sordità nei confronti delle esigenze del malato.

Un'efficace **educazione del paziente** persegue l'obiettivo di dare la possibilità al paziente e ai suoi familiari di compiere un percorso di accettazione della malattia, di renderli capaci di controllare con costanza e autonomia l'andamento della stessa, di aderire consapevolmente ai trattamenti proposti.

L'accettazione della malattia da parte dell'anziano al quale viene diagnosticato il diabete, come per qualunque malato affetto da patologia cronica, si presenta come un *processo di durata ed esito variabile*, che sembra ricalcare le tappe della "elaborazione del lutto" per la perdita di una persona cara, le quali consistono nei passaggi seguenti:

- **Shock iniziale:**
caratterizzato da sorpresa, angoscia, mancata consapevolezza dell'evento e del suo significato e quindi scarso coinvolgimento emotivo, quasi come se ciò di cui il medico parla non lo riguardasse direttamente.
- **Negazione:**
meccanismo di difesa contro l'angoscia derivante da una realtà percepita come troppo minacciosa e intollerabile; ne deriva distacco e indifferenza verso la propria condizione.

Le informazioni del medico non passano, non vengono ascoltate, né elaborate.

- **Ribellione:**

rappresenta un'evoluzione rispetto alla fase precedente, utile e necessaria perché testimonia di una presa di contatto con la realtà della malattia.

Può sfociare in accuse nei confronti del medico, che funge da “capro espiatorio” o nei confronti di altre persone ritenute responsabili dell'insorgenza della malattia, del decorso non favorevole o della sua mancata risoluzione.

- **Mercanteggiamento/Contrattazione:**

si manifesta nei confronti delle necessità e modalità terapeutiche.

Il paziente cerca di ottenere “sconti sulla pena” in modo da dover alterare il meno possibile la sua vita abituale.

La persona malata che contratta sulla terapia, vuole poter contare sulle decisioni

che il medico sta enunciando e soprattutto vuole far presenti le difficoltà che immagina di poter incontrare nella concordanza al regime terapeutico.

- **Tristezza:**

è un momento di depressione non necessariamente patologica, connessa alla consapevolezza del proprio stato e delle necessità che questo comporta.

In questa fase il paziente entra in ascolto di se stesso e prende coscienza di ciò che gli sta accadendo.

- **Accettazione:**

il paziente entra in una fase attiva di presa di consapevolezza della malattia e del regime terapeutico da seguire.

Il paziente mostra apertura nei confronti dei suggerimenti del medico e instaura una relazione collaborativa.

Si tratta di una condizione relativamente stabile, che può essere minacciata da evoluzioni sfavorevoli della malattia.

Lo schema è indicativo; molti pazienti non seguono questo percorso, infatti, possono a esempio passare dalla negazione della malattia a uno stato di passiva rassegnazione; altri manifestano invece una pseudo-accettazione e si sforzano di dissimulare le loro preoccupazioni e le loro ansie con il medico.

Le fasi e la durata di ciascuna di esse dipende da molteplici fattori legati alla storia individuale del paziente, tuttavia è assai probabile che ciascun malato sperimenti nel tempo alcuni di questi stati emotivi e li rifletta nei comportamenti quotidiani concreti, nel rapporto con i familiari, con il medico curante e nella gestione della malattia.

Gli obiettivi generali dell'*educazione del paziente* possono essere espressi sia assumendo una prospettiva sanitaria, che da un punto di vista centrato sulle esigenze del paziente.

Non si tratta comunque di punti di vista alternativi, bensì complementari e correlati.

Nel primo caso – prospettiva medico/sanitaria – gli obiettivi possono così essere sintetizzati:

- promuovere la concordanza al regime terapeutico,
- prevenire riacutizzazioni e complicazioni ulteriori,
- evitare che le riacutizzazioni abbiano esito infausto,
- ridurre il numero dei ricoveri e delle giornate di degenza,
- ridurre la spesa per farmaci, degenze e visite specialistiche.

Assumendo l'ottica del paziente gli obiettivi sono:

- acquisire/aumentare le proprie conoscenze intorno alla malattia e alla sua terapia,

- sviluppare la capacità di gestire nella massima autonomia possibile le proprie condizioni di salute,
- acquisire le capacità necessarie per far fronte ad eventuali episodi critici,
- fare in modo che intorno al paziente vi siano familiari in grado di collaborare attivamente alla gestione della malattia.

In quanto implica *obiettivi di tipo cognitivo* (acquisizione di informazioni), *comportamentale* (sviluppo di abilità concrete), e *affettivo* (elaborazione di vissuti e modificazione di atteggiamenti), l'*educazione del paziente* si presenta come una vera e propria attività educativa, caratterizzata da un trasferimento di conoscenze e competenze di natura sanitaria e tecnica dal medico al paziente, sia – e soprattutto – da un attivo processo di *apprendimento e cambiamento* che vede protagonisti principali il paziente e i suoi familiari, sostenuti e guidati dal medico.

L'azione educativa è un'attività di una certa complessità, che non si esaurisce e limita nel dare informazioni e suggerimenti e richiede competenze tecniche e comunicative che affronteremo in seguito nel delineare cos'è il *counseling* e quali abilità e tecniche possono essere utilizzate nell'ambito dell'attività educativa del medico di medicina generale con i pazienti diabetici.

“L'educazione terapeutica occupa un posto sempre più rilevante nella cura delle persone affette da malattie croniche. L'educazione permette loro di acquisire le competenze per gestire in modo corretto e sicuro le cure e realizzare una prevenzione adeguata nella vita quotidiana” (2)

D'Ivernois (3) parla di **diagnosi educativa** che ha l'obiettivo di individuare i bisogni, le risorse, le richieste e lo stile di vita del paziente e il progetto educativo deve rispondere all'individuazione:

- delle **motivazioni** specifiche di quel paziente e i suoi progetti di vita e quali siano le sue motivazioni per apprendere ciò che gli verrà spiegato (dalla terapia alle modificazioni dei comportamenti),
- di **che cosa** concretamente il paziente deve apprendere per la sua salute,
- di quali siano i **fattori favorevoli** il processo di cambiamento e quali quelli ostacolanti.

Per attuare un progetto di questo tipo il medico ha la necessità di dotarsi di strumenti comunicativi con l'obiettivo di capire e di farsi capire, tenendo presente che la responsabilità del buon andamento della comunicazione poggia sulle sue spalle.

La comunicazione è presente in ogni momento dell'atto medico.

La competenza nel guidare la narrazione del paziente nella ricostruzione della sua storia clinica, che per lui è storia di vita, e nel comprendere le sue precipue difficoltà nel cambiare stile di vita o nel concordare ai trattamenti prescritti si fonda su abilità e tecniche di *counseling* che vanno apprese e sperimentate per poter essere utilizzate.

La malattia cronica implica per il malato:

- perdita del senso d'integrità,
- sensazione d'incertezza,
- modificazione dell'immagine di sé e degli altri rispetto a se stesso,
- cambiamenti del ruolo familiare e sociale precedente alla comparsa della malattia,
- mutamenti nello stato delle prestazioni professionali e familiari,
- costante e consapevole partecipazione alle cure,
- continua attenzione allo stile e ambiente di vita.

Le conseguenze psicologiche sul malato possono essere:

- regressione a comportamenti infantili,
- riduzione degli interessi,
- egocentrismo,
- dipendenza dagli altri,
- comparsa del pensiero magico,
- complicità del malato con la sua malattia,
- sottrazione alle relazioni frustranti,
- introversione,
- fuga nell'immaginario.

La malattia cronica di un congiunto può indurre nei famigliari:

- ansia e timore per le sorti del congiunto e anche di se stessi.
- sensi di colpa,
- sottostima della portata della malattia,
- enfattizzazione della malattia,
- sordità nei confronti delle esigenze del malato,
- diagnosi affrettata di inutilità della vita del paziente,
- rifiuto del malato e aggressività nei suoi confronti,
- aggressività verso il medico (capro espiatorio)

I fattori che influiscono sull'accettazione della malattia possono essere:

- tipo di patologia,
- rappresentazioni culturali della patologia,
- struttura di personalità,
- cultura, status e ruolo sociale,
- atteggiamento dei congiunti e relazione con loro,
- relazioni con il medico e con la struttura sanitaria.

NOTE

- 1) Deccache A., Lavendhomme E., *Information et Education du Patient*, Ed. de Boeck, Bruxelles, 1989
- 2) Marcolongo R., et al. *Curare con il malato: l'educazione terapeutica come postura professionale*", Ed. Change, Torino, 2006
- 3) D'Ivernois J.F., Gagnayre R., *Apprendre à éduquer le patient*, Vigot, Parigi, 1995; *Educare il paziente. Guida all'approccio medico – terapeutico*, Mediserva, Napoli, 1998

Il *counseling*: definizioni e campi d'azione

Vi sono molte e diverse impostazioni di *counseling*, ognuna di esse è ispirata ad un modello concettuale e metodologico che ne determina le impostazioni e le finalità.

Il *counseling* è uno strumento versatile che trova applicazioni in numerosi campi professionali che continuano ancor oggi a moltiplicarsi. (1)

Qualunque sia l'impostazione di partenza di chi utilizza il *counseling* nella relazione d'aiuto possiamo affermare che esso viene utilizzato per:

- affrontare e risolvere problemi specifici (*problem solving counseling*),
- fornire supporto nelle crisi (*crisis counseling*),
- favorire il processo decisionale (*decision making counseling*),
- fornire informazioni (*informative counseling*),

Ogni scuola di pensiero ha dato del *counseling* una sua definizione; di seguito ne riportiamo una breve selezione:

“Il *counseling* è una forma di relazione d'aiuto, in cui una buona capacità di ascolto, un intervento empatico, e altri comportamenti comunicativi strategici, concorrono a rendere possibili cambiamenti nel paziente, rispettandone le richieste e stimolandone le risorse” (2)

“Si intende per *counseling* una particolare modalità di intervento comunicativo, individuale o di gruppo finalizzato ad affrontare le difficoltà emergenti in momenti critici dell'esistenza, attraverso una relazione professionale d'aiuto” (3)

“Il *counseling* è un intervento comunicativo finalizzato a migliorare il benessere individuale e a incrementare le abilità personali per aumentare il funzionamento adattivo dell'individuo sia a livello personale che interpersonale, perfezionando e implementando la qualità della sua vita. E' un intervento d'elezione per il potenziamento delle risorse personali e per il fronteggiamento, la risoluzione e il superamento delle situazioni di crisi (non patologiche)” (4)

“Qualità e abilità necessarie a qualsiasi professionista in campo sanitario per dare aiuto al consultante indipendentemente dal tipo di problema della persona e dalla specializzazione del sanitario. Si tratta sostanzialmente della capacità di rendere possibile la comunicazione nella relazione d'aiuto” (5)

“Tipo di scambio comunicativo fra un sanitario e un utente, caratterizzato da un'istanza di cambiamento ... Parliamo di *counseling* ogni volta che il sanitario volutamente e consapevolmente, sceglie di intervenire nel processo di decisione del suo utente per promuovere un cambiamento, con l'obiettivo di un maggior benessere per il paziente stesso ... Fare del *counseling* significa entrare strategicamente nei meccanismi decisionali del paziente, aiutarlo a trovare il suo modo per cambiare” (6)

Da queste definizioni si possono evincere alcune tra le principali caratteristiche del *counseling*:

- la comunicazione è lo strumento centrale di comprensione e di risoluzione del problema presentato dal paziente,
- l'intervento non comprende scopi terapeutici di scompensi psicopatologici, ma è finalizzato ad affrontare disagi e difficoltà emergenti in momenti critici dell'esistenza (nel contesto dell'azione del medico di medicina generale, la malattia, il suo esordio, il suo trattamento, le eventuali ricadute),
- le strategie comunicative sono tese ad attivare e riorganizzare le risorse dell'individuo e favorire nel paziente scelte e cambiamenti adattivi.

La relazione tra medico e paziente è una relazione d'aiuto di tipo *complementare* (basata sulla differenza di posizione *one – up, one – down*) nella quale la responsabilità di gestione della comunicazione è del professionista che, attraverso specifiche tecniche comunicative, diventa attivatore di processi di comprensione, gestione, adattamento alla malattia e di fronteggiamento delle situazioni di crisi da parte del paziente.

La relazione d'aiuto (*helping profession*) si esplica all'interno del rapporto tra un professionista e un individuo portatore di una richiesta d'aiuto.

Nei diversi ambiti della medicina nei quali il *counseling* viene utilizzato, è giusto parlare di **abilità di counseling all'interno di una relazione professionale che continua a mantenere il suo consueto assetto**, ma che viene arricchita e migliorata dall'uso, da parte del professionista, delle suddette abilità e tecniche comunicative con l'obiettivo di:

- orientare,
- informare,
- esplorare le soluzioni possibili.
- valorizzare e mobilitare le risorse del paziente,
- ampliare le scelte.

La distinzione è tra un contesto di *counseling* vero e proprio, come specifica relazione professionale d'aiuto, e la capacità comunicativa in senso lato, ineludibile in molte professioni tra cui quelle sanitarie.

Il confine tra il *counseling* e le abilità di *counseling (counseling skills)*, da utilizzare nella relazione d'aiuto per implementare gli effetti della comunicazione del professionista, risiede nella struttura del processo di *counseling* vero e proprio che ha regole, principi, obiettivi specifici definiti **dal modello teorico di riferimento del professionista** e dal fatto che la persona la quale necessita di essere aiutata nella risoluzione di un problema sceglie e richiede l'intervento di un *counselor* in un *setting* specifico.

Le abilità di *counseling* esperite ed utilizzate nell'ambito medico se pur mutate dal *processo di counseling* vero e proprio, si inseriscono nel processo e ambito comunicativo abituale del professionista senza stravolgerlo, ma arricchendolo di strumenti di comunicazione utili alla comprensione della narrazione del paziente, alla definizione del problema di salute portato nell'ambulatorio, alla prescrizione di terapie, alla rilevazione delle difficoltà che il paziente incontra nella concordanza ai trattamenti e/o alla modificazione dello stile di vita.

Da questa precisazione discende che in questo lavoro metteremo in luce quali siano le tecniche e le abilità di *counseling* che il medico di medicina generale può, o sarebbe meglio dire dovrebbe, utilizzare nella relazione con i pazienti diabetici con l'obiettivo generale della costruzione di una relazione terapeutica efficace.

Queste tecniche e abilità risultano estremamente utili nei diversi ambiti di lavoro della professione medica.

La relazione del medico di medicina generale con il paziente diabetico anziano e i problemi che il sanitario si trova ad affrontare con il suo assistito non sono ascrivibili esclusivamente ad un ambito clinico, basato su conoscenze tecniche e scientifiche (chiaramente ineludibili), ma si arricchisce e si complica in quanto entrano in gioco elementi dialogici che mutano a seconda della storia del paziente, del suo contesto di vita, della sua reazione alla malattia, delle emozioni che entrano in gioco, delle risorse che il malato ha a disposizione per fronteggiare la malattia e la situazione di crisi che ne consegue.

L'obiettivo comune nella relazione terapeutica, sia per il medico che per il paziente, è quello della riduzione o eliminazione del disagio dovuto a una situazione di malattia e al disagio conseguente.

L'assunto che sovente è presente nella comunicazione del medico verso il paziente è che il professionista sa quale sia la strada in assoluto migliore da perseguire e gli sforzi comunicativi sono nella direzione di persuadere il paziente a fare ciò che gli si dice.

Nella comunicazione di tipo persuasivo sono assenti i significati che il paziente attribuisce alla malattia, le sue conoscenze e le sue difficoltà a mettere in atto le prescrizioni, le sue resistenze a voler modificare parte dei suoi comportamenti.

Le attribuzioni di significato che il paziente fa della malattia (cos'è il diabete, la sua eziologia, la terapia ...) vengono ricostruite dalla persona nelle sue narrazioni che costituiscono il modo attraverso il quale la persona comunica il proprio malessere e trasmette al medico la sua esperienza di dolore e anche il mondo cognitivo che caratterizza la sua rottura con il contesto esistenziale precedente all'insorgere del diabete.

Attraverso le tecniche di *counseling* il medico agevola il processo di comprensione dei meccanismi di pensiero del paziente e riordina gli eventi narrati, restituendoli più chiari al paziente stesso.

Utilizzare le tecniche di counseling in medicina generale non vuol dire fare un lavoro aggiuntivo rispetto a quello che già normalmente il medico svolge nel suo ambulatorio.

Sapere orientare il colloquio con i pazienti con l'uso di specifiche tecniche riduce i tempi di gestione del paziente, fa acquistare maggior efficacia agli interventi informativi e riduce le situazioni conflittuali.

L'efficacia delle tecniche di *counseling* nel colloquio clinico oltre a perseguire obiettivi di passaggio di informazioni in flussi comunicativi basati su scambi continui tra medico e paziente, consente di costruire una relazione nella quale il paziente porta informazioni circa le sue preoccupazioni rispetto alla malattia, o le sue resistenze sulla terapia e avverte che questi dati vengono ascoltati e compresi dal medico.

L'uso delle tecniche di *counseling* assume una particolare rilevanza nella comunicazione di diagnosi e prognosi, nella prescrizione di esami clinici, nell'indicazione di interventi più o meno invasivi, nella prescrizione di trattamenti terapeutici, nella necessità di modificazioni dello stile di vita.

E' nell'esperienza di molti medici l'inefficacia di una comunicazione di tipo persuasivo con i loro pazienti, anzi a volte proprio l'atto del persuadere aumenta la **resistenza** o la **reattanza psicologica**, modalità di risposta automatica innescata dall'eliminazione, o anche solo dalla minaccia di eliminazione, di alcune tra le scelte possibili dell'individuo.

Proprio il comportamento segnalato come negativo e potenzialmente pericoloso finisce per diventare irrinunciabile e trasforma un comportamento, scelto fra molti altri, nell'unico accettabile, eliminando o diminuendo drasticamente il piacere legato ad altri comportamenti e rende inaccettabile ogni soluzione negoziata.

Sia la resistenza che la **reattanza** sono fenomeni che si formano in un contesto relazionale e l'azione comunicativa del medico con il paziente può aumentare o diminuire tali *stati motivazionali* nei confronti di un particolare comportamento dannoso per la salute.

Proprio la minaccia di non poter esercitare la propria libertà di scelta rende quel comportamento prioritario e insostituibile, mentre magari, prima che comparisse la necessità di eliminarlo o diminuirlo, era considerato alla pari rispetto ad altre necessità o piaceri.

La **reattanza** è una risposta automatica, inconsapevole, non mediata da un processo cognitivo ed è provocata sia dalla necessità di *eliminazione* di un comportamento nel proprio stile di vita, sia dalla *imposizione* di un comportamento favorevole alla salute.

In un articolo pubblicato nel 2002 sul *British Medical Journal* si legge: “Quando i medici utilizzano in modo efficace le abilità di *counseling*, sia loro stessi, che i pazienti, ne traggono beneficio. In primo luogo, i medici identificano con maggiore precisione i problemi dei pazienti. In secondo luogo, i pazienti sono più soddisfatti del modo in cui vengono seguiti e possono meglio comprendere i loro problemi, le indagini e le opzioni di trattamento. In terzo luogo, è più probabile che i pazienti aderiscano ai trattamenti e seguano le indicazioni relative a delle modifiche comportamentali. In quarto luogo, diminuiscono l’angoscia e la predisposizione all’ansia e alla depressione. Infine lo stesso medico vive meglio.” (7)

E’ importante segnalare l’esistenza di una generale confusione tra i medici circa gli scopi, le tecniche e la reale possibilità di utilizzare il *counseling* nella loro attività come, tra le tante ricerche svolte intorno a questo tema, viene evidenziato da Boarino e Zuccarello dell’Università di Torino, nella loro ricerca “L’immagine del *counselor* secondo i medici”. (8)

NOTE

- 1) Per la storia del *counseling*, i suoi diversi modelli, le varie applicazioni si veda: Di Fabio A., Sirigatti S., “*Counseling. Prospettive e applicazioni*”, Ed. Ponte Alle Grazie, Milano, 2005
- 2) Pezzotta P., Gatti M., Bellotti G. “*Il counseling*” Istituto Superiore di Sanità, Rapporti Istituzionali, Roma 1995
- 3) Fulcheri M. “Il rapporto medico – paziente: le dinamiche intercorrenti, i percorsi formativi, la prevenzione dello stress”, in *Il vaso di Pandora*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1999
- 4) Di Fabio A., “*Counseling e relazione d’aiuto. Linee guida e strumenti per l’autoverifica*”, Giunti, Firenze, 2002
- 5) Giusti E., Masiello L., “*Il counseling sanitario. Manuale introduttivo per gli operatori della salute*”, Carocci Faber, Roma, 2003
- 6) Bert G., Quadrino S., “*Parole di medici, parole di pazienti. Counselling e narrativa in medicina*”, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2002
- 7) Maguire P., Pitceathly C., “Theories of Counseling”, *British Medical Journal*, n. 22, 2002, pag. 982
- 8) Boarino A., Zuccarino A., “L’immagine del *counselor* secondo i medici”, *Giornale di Psicologia*, vol. 1, n.1, 2007, pp. 66 - 73

La medicina *disease e doctor centred* e la medicina *patient centred*

La comunicazione e la relazione con il paziente nell'ambito della medicina e della consultazione clinica sono strumenti necessari all'implementazione e all'efficacia stessa dell'operatività del medico nei diversi ambiti nei quali opera.

Non si tratta di abbandonare l'ottica oggettivista e il paradigma biomedico che si occupa della *disease* (malattia intesa come deviazione dalla norma di variabili biologiche, somatiche misurabili), ma di integrarla e arricchirla con l'analisi e l'esame dell'*illness* (percezione da parte del malato del significato e senso di ciò che gli sta accadendo e dei vissuti soggettivi, emotivi che questo comporta) e della *sickness* (l'interpretazione che il contesto sociale e familiare dà della malattia e le azioni che le persone e la società stessa compiono per supportare il malato).

Il modello *disease centred o doctor centred* risulta essere ancora oggi la struttura teorica e il modello operativo che guida la pratica professionale e costituisce la griglia interpretativa dell'evento malattia definita in termini biologici con caratteristiche più o meno identiche nei diversi malati.

Il modello *disease centred* permea di sé anche la pratica clinica del medico, il quale risulta essere l'esperto della malattia biologicamente intesa per cui, successivamente all'interpretazione dei sintomi e alle indagini diagnostiche conseguenti, il professionista decide la terapia.

Tutte le informazioni connesse con ciò che non attiene ai parametri biologici, il vissuto e l'interpretazione della malattia dal punto di vista del paziente non entrano come componenti del processo diagnostico e clinico.

L'andamento del colloquio tra medico e paziente, basato su questo modello, può essere definito *doctor centred* proprio perché il sanitario controlla l'evoluzione degli scambi comunicativi, caratterizzati da un *high control style* con un eccesso di domande chiuse (si veda la parte sulle tecniche di *counseling*) rivolte al paziente, che svolgono la funzione di conferma/disconferma delle ipotesi del medico.

La comunicazione riguarda quasi esclusivamente la dimensione patologica della malattia, i dati sociali e personali del paziente non vengono integrati nell'anamnesi e il paziente è chiamato a rispondere a domande pertinenti alla malattia, ma dal punto di vista del medico.

L'oggetto di interesse della medicina *disease centred* è il *Koerper*, il corpo conoscibile ed esplorabile, aggregato di parti, oggetto di sapere scientifico, parcellizzato dal sapere medico e dalle iperspecializzazioni.

Karl Jaspers, medico e filosofo, afferma: *“nella pratica dell'intervento biologico, diretta al mero corpo e guidata dal pensiero della sua utilizzabilità come strumento di lavoro, l'uomo va perduto e distrutto”* (1)

Insieme a Jaspers, Balint, Engel e molti altri studiosi hanno riflettuto sull'esigenza di un allargamento dell'approccio biomedico, rigidamente centrato sulla malattia, a un modello che *integrasse la pratica medica* con la medicina *patient centred*, un modello bio-psico-sociale, dunque sistemico, con una implementazione dei dati rilevati dal medico con le informazioni dell'esperto dell'*illness* (malattia interpretata e vissuta dal paziente).

Il colloquio tra medico e paziente si trasforma in un dialogo tra due esperti, il medico, esperto della *disease* e il malato esperto della *illness*, entrambi possiedono dati che si completano a vicenda.

Nella medicina *patient centred* esiste un'integrazione tra la dimensione biologica della malattia e la prospettiva in cui il malato diviene protagonista, viene coinvolto attivamente

dal medico ed esprime il suo punto di vista, in una complementarità delle competenze di entrambi e in questo modo vengono attivate le risorse del soggetto tanto nell'accettazione della diagnosi che nella concordanza ai trattamenti.

L'*agenda del paziente* (2), costituita dal suo linguaggio, dalle metafore che utilizza, dalla sua interpretazione dell'evento morboso, dal vissuto, dalle risorse del contesto sociale che lo circonda, dalla cultura intesa antropologicamente (costituita da *logos, pathos, ethos e methodos*) (3) di cui il malato è portatore, dal contenuto comunicabile al medico diviene parte del processo di comunicazione e di diagnosi.

Non si tratta di compiere un lavoro addittivo e parallelo a quello normalmente svolto nella pratica clinica, ma di integrare, in maniera sostanziale, la peculiarità delle esperienze dei due attori della consultazione medica intorno alla malattia.

La dimensione soggettiva dell'essere e sentirsi malato l'*illness*, al pari della *disease*, può e deve essere indagata attraverso tecniche di comunicazione e di svolgimento del dialogo all'interno della visita medica, pertanto l'obiettivo della medicina, che ha come interesse il *Koerper* e la *disease*, si allarga *includendo e non affiancando semplicemente* l'*illness* e il *Leib* (esperienza soggettivamente provata dal malato dei mutamenti del proprio corpo nell'esperienza di malattia, che include il dolore individualmente sentito ed interpretato).

La relazione e la visita medica nel modello *patient centred* richiede, accanto alle capacità tecniche e biomediche del modello *doctor o disease centred*, altrettante capacità tecniche di comunicazione che, nell'azione medica, diano dignità e usabilità ai contenuti espressi dall'esperienza di chi vive la *disease* come patologia organica, non separabile nel malato dalle istanze soggettive, psicologiche, sociali dell'essere malato.

In questo modello al centro della consultazione c'è anche il paziente che non occupa più una posizione passiva, ma sente di poter contare nel processo di diagnosi e cura, mettendo a disposizione quanto sa e conosce di quello che gli sta accadendo, informazioni necessarie al medico stesso per arrivare a una diagnosi e al trattamento della patologia.

Il modello *patient centred* non esautorava il ruolo del medico, né nega il modello *disease centred*, ma lo amplia e afferma la contemporaneità dei due versanti della malattia, quello della spiegazione medico-scientifica e quello antropologico e soggettivo dell'agenda del paziente.

Ogni visita ha una sua *dinamica* costituita dall'insieme dei fenomeni che si producono durante lo svolgimento del colloquio.

Se le *abilità di counseling* aiutano, per le ragioni già descritte, qualunque interazione tra medico e paziente, bisogna anche sottolineare che il medico deve saper decidere quando e con chi utilizzarle.

Nella comunicazione tra medico e paziente, durante la visita, si possono identificare tre macro-funzioni che devono essere garantite:

- 1) la raccolta di informazioni dal paziente,
- 2) la restituzione delle informazioni al paziente,
- 3) la creazione o il mantenimento dell'alleanza e della relazione tra medico e paziente.

Molte ricerche testimoniano la forza del modello *patient centred* sia per quanto concerne la qualità percepita della visita da parte del paziente, sia per la raccolta di maggiori informazioni e consente di potere applicare in maniera più corretta la stessa medicina *disease centred*.

I tempi di una visita medica attuata con le tecniche di counseling non sono più lunghi di una visita normale, al contrario, a parità di tempo, si ottengono maggiori informazioni

cl clinicamente utili dal punto di vista diagnostico e terapeutico, si restituiscono informazioni più chiare (gli outcomes) che vengono comprese e ricordate dai pazienti.

L'adozione del modello *patient centred* garantisce dunque i seguenti vantaggi:

- miglioramento della quantità/qualità dei dati anamnestici raccolti,
- miglioramento della comprensione e memorizzazione del trattamento da parte dei malati, un aumento della concordanza ai trattamenti,
- una maggiore soddisfazione dei pazienti,
- riduzione delle cause di *malpractice*,
- una maggior soddisfazione dei medici rispetto al lavoro svolto.

NOTE

- 1) Jasper k., *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1986
- 2) Moja E. A., Vegni E., *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina Editore, 2000
- 3) Menduno G., Il contributo socio-antropologico nella formazione sanitaria, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, vol. 131, Settembre-Ottobre 1994, pp.25-26.
Menduno G., La formazione psicologica del medico: il rapporto con il paziente, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria.*", Fondazione Angelo Celli, Perugia, n.128, Marzo-Aprile 1994, pp.5-7.
Menduno G., Medici di base e promozione della salute mentale, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria.*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, vol.130, Luglio-agosto 1994, pp.5-7.
Menduno G., *Medicina di base e psichiatria: un'indagine tra i medici di Perugia*, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, Novembre-Dicembre 1994, vol. 132, pp. 23- 24.
Menduno G. (a cura), Dossier: Il fantasma del dolore, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, Gennaio-Febbraio 1995, vol.133, pp. 11-22.
Menduno G., L'incontro medico-malato secondo Balint, "*La Salute Umana. Rivista bimestrale di educazione sanitaria*", Editore Fondazione Angelo Celli, Perugia, Settembre-Ottobre 1995, vol. 137, pp.5-7.
Menduno G., "La promozione della salute mentale nella medicina generale", "*Argomenti di Sanità e Salute*", Trimestrale di Educazione Sanitaria, Politica e Organizzazione Sanitaria, Medicina Sociale, a cura dell'Azienda U.S.S.L.. Regione Lombardia, Anno5°- giugno 1997- numero 11, pp.17-19.
Menduno G., "La formazione psicologica del medico: contributi teorici alla comprensione del rapporto medico-paziente", "*Passaggi. Rivista scientifica dell'Istituto di studi Teologici e Sociali*", Nuova Editoriale Soc. Cooperativa a r.l., Terni, n. 3, 1998, pp.66-72.

Tecniche di *counseling*

La raccolta delle informazioni tratte dal paziente è fondamentale per il medico per determinare la natura del problema, monitorarne l'evoluzione, fare una diagnosi.

Nella medicina *patient centred* questo tipo di informazioni, se raccolte e analizzate, danno accesso alla comprensione della percezione che il paziente ha del suo malessere.

Le **abilità di *counseling*** che consentono il passaggio delle informazioni dal paziente al medico possiamo raggrupparle in:

- ***questioning skills***,
- ***checking skills***,
- ***reflection skills***,
- ***active listening skills***.

Questioning skills

Le capacità, che sono collegate al fare domande, consentono di sollecitare il racconto del paziente, di sentire il suo punto di vista rispetto alla patologia, di identificare sintomi, di raccogliere informazioni e descrivere il problema dettagliandolo.

La forma della domanda che viene posta dal medico è un potente determinante della risposta ottenuta dal paziente.

Il modo in cui una persona risponde a una domanda dipende:

- dalla persona che gli rivolge la domanda,
- dal non verbale che accompagna la domanda,
- dal momento in cui la domanda viene formulata, dal tipo di domanda posta,
- dal contesto in cui la domanda viene fatta.

Le *questioning skills* vedono il medico nel ruolo di *ricevente* e la comunicazione ha l'obiettivo di favorire il passaggio di informazioni dal paziente al sanitario.

Le *questioning skills*, come tutte le tecniche di *counseling*, non sono predeterminabili, si tratta sempre di processi condizionati da numerose variabili quali il problema, la relazione tra medico e paziente, il contesto della visita (il *setting*), il momento, la formazione del medico nell'uso delle suddette tecniche e l'obiettivo della visita.

L'uso delle domande in forma caotica all'interno di una visita può creare un aumento del tempo necessario e confusione circa gli obiettivi del colloquio con perdita di dati informativi importanti.

Si possono distinguere due tipologie di domande:

- **Domande chiuse:**

richiedono una risposta specifica; si può rispondere con un sì o un no, con un valore preciso (generalmente un dato organico o fisiologico), con un cenno del capo.

Le domande chiuse servono a raccogliere dati oggettivi, precisi, presuppongono un *range* ristretto di informazioni di ritorno e sono utili all'interno di un algoritmo ad albero, nel quale la risposta con un sì o con un no apre ad opzioni diverse e precise.

Un eccesso di domande chiuse all'interno di una visita crea uno stile di comunicazione molto controllata da parte del medico (*high control style*) e non amplia o indaga il punto di vista del paziente.

Inoltre le domande chiuse possono indurre la risposta del paziente (**meccanismo dell'induzione della risposta**), il quale, a seconda dell'informazione che gli viene richiesta e del modo in cui gli viene posta la domanda, darà proprio la risposta che il medico desidera.

Le domande chiuse possono veicolare un giudizio del medico rispetto a un comportamento sbagliato e il paziente può essere portato a dare la risposta che non corrisponde alla verità in quanto si sente giudicato e ha paura di essere “rimproverato” (meccanismo di infantilizzazione del paziente).

Un ruolo importante nella formulazione delle domande lo gioca la comunicazione non verbale, che accompagna sempre quella verbale rafforzandola, disconfermandola o contraddicendola.

Se tra il messaggio verbale e quello non verbale esiste una contraddizione, in genere il paziente dà maggior credito a quello non verbale.

Bisogna porre attenzione a non cadere nella trappola comunicativa delle **domande chiuse multiple** (più domande chiuse in successione) e alle **domande chiuse concatenate** (più domande chiuse riguardanti un solo argomento), in quanto il paziente può avere difficoltà a concentrarsi su tutte le informazioni che gli vengono richieste, elude proprio le domande che gli creano più difficoltà e risponde soltanto all’ultima informazione che gli viene richiesta.

Es: “Riesce a controllare l’alimentazione e a fare del movimento?”.

Bisogna evitare le domande con il **perché** in quanto suonano come un atto di accusa, mettono il paziente sulla difensiva e non ampliano l’indagine sul contenuto che si vuole esplorare.

- **Domande aperte:**

indagano un *range* ampio di informazioni, richiedono da parte del paziente risposte elaborate che possono includere dati aggiuntivi rispetto a quelli pensati dal medico.

Il paziente nella risposta ricostruisce in maniera del tutto personale la storia della malattia dalla sintomatologia, all’esordio, all’etiologia.

Le domande aperte sono quelle che, durante la visita, fanno emergere l’*agenda* del paziente e tematiche nuove non ancora indagate nei precedenti incontri.

Con le domande aperte si può indagare:

- *il mondo personale del paziente* (aspettative, timori, cognizioni),
- *il mondo che ruota intorno al paziente* (contesto familiare e sociale),
- *le soluzioni che il paziente ha immaginato o messo in atto per la risoluzione del problema presentato* (cosa ha già sperimentato, quali difficoltà ha incontrato),
- *le aspettative che il paziente ha nei confronti del medico* (quale aiuto può dargli per il suo problema)

es: “Mi dica di più rispetto a ciò che la preoccupa del diabete ...” (domanda aperta indiretta), “Mi dica descriva meglio i suoi sintomi”.

Le domande aperte sono utilissime nella *fase esplorativa*, quando il medico deve raccogliere informazioni o per indagare quali siano i motivi della mancata concordanza ai trattamenti.

Le domande aperte vanno utilizzate anche per chiedere al paziente quali informazioni ha già sul problema, in modo da individuare e convalidare i contenuti accettabili e corretti, completare informazioni parziali e aggiungere quelle mancanti.

Es.: “Mi dica quello che ha già letto o sa sul diabete ...”, “Questo che ha detto è sicuramente valido, ma devo precisare che ...”.

La modalità relazionale del medico che parte dalle conoscenze e convinzioni del paziente e che lo porta ad assumere quelle corrette e a confutare quelle inesatte, abbatte la resistenza al cambiamento in un clima di condivisione senza conflitto.

Tra le domande aperte troviamo anche le **domande narrative** che aprono un racconto da parte del paziente, il quale è invitato a descrivere una situazione in cui il problema si presenta e gli segnalano che a è concesso uno spazio narrativo.

Es.: “Mi racconti cosa succede quando prova la glicemia ...”, “Mi descriva cosa succede quando si somministra l’insulina ...”

Le domande narrative hanno la funzione di ampliare la descrizione, di aprire possibilità di soluzioni al problema non ancora pensate, agevolano il medico nel tracciare ipotesi di trattamento e nel discuterne con il paziente, richiedendo il suo accordo o disaccordo.

Non tutto il materiale narrativo può e deve essere utilizzato e da qui discende che il medico deve avere la capacità di **selezionare** dal racconto ciò che *non è trattabile in quel contesto o in quel momento, da ciò che è trattabile nel “qui e ora” della visita* comunicando al paziente le sue riflessioni.

Molti medici affermano che il problema non è fare parlare i pazienti, ma arginare le loro parole un po’ come se il paziente fosse il vaso di Pandora, dell’apertura del quale non si conoscono le conseguenze?

Anche **stoppare** il paziente non è più un problema se si utilizzano tecniche come:

- la **valorizzazione**,
es.: “La interrompo perché trovo veramente interessante questo punto del suo racconto ...”,
- la **differenziazione**,
es.: “E’ importante tener separati gli aspetti che riguardano la terapia, da quelli che sono collegati al rapporto con i suoi famigliari ...”,
- la **meta comunicazione**,
es.: “Non riesco a ricordare tutto ciò che mi sta dicendo, ora concentriamoci su ...”.

Le **domande evocative** servono a elicitarne la fiducia del paziente nel cambiamento di comportamenti.

Es.: “Come potrebbe procedere per effettuare il cambiamento della dieta?”, “Quale sarebbe un buon primo passo?”, “Quali ostacoli prevede?”, “Come pensa di affrontarli?”, “Qual è secondo lei il primo passo da fare?”.

Lo sviluppo verso il cambiamento può procedere, considerando che si vanno a **stabilire gli obiettivi, considerare le opzioni di cambiamento, giungere alla formulazione di un piano, valutare l’importanza e la realizzabilità di un obiettivo.**

Es.: “Riguardo al raggiungimento del suo obiettivo quali sono i lati positivi e quelli meno positivi?”.

- **Trigger question** o domanda stimolo:
è una tipologia di domande che servono “a rompere il ghiaccio” all’inizio di un colloquio, a fare partire il paziente con il suo racconto, a fare ricostruire gli avvenimenti accaduti tra un incontro e l’altro.

Es.: “Da dove vuole partire?”, “Cosa mi vuole raccontare?” (*trigger questions* dirette)
“Mi dica ...” “Continui ...”(*trigger question* indirette).

Anche la ripetizione delle ultime parole dell’ultima frase del paziente con la **tecnica di eco** invitano l’interlocutore a continuare ciò di cui sta parlando.

- **Tecnica di eco:**
si tratta della ripetizione da parte del medico in forma interrogativa, o con la stessa intonazione, di una parola detta dal paziente il quale ha effettuato una modificazione

del suo paraverbale (frequenza, ritmo, tonalità) o del suo non-verbale (gestualità, mimica).

Il medico avverte che dietro quella parola c'è un segnale, un'occasione per approfondire, senza indagare in maniera rigida, come con domande chiuse, un contenuto che il paziente stesso inserisce nel dialogo.

Rispetto alla domanda aperta, che parte dal medico e che si aggancia al filo logico da lui seguito, la tecnica di eco si inserisce direttamente su un contenuto portato dal paziente, generalmente connesso con uno stato d'animo, con un vissuto collegato al malessere.

Così come per le domande aperte, anche per la tecnica di eco il medico lascia che sia il paziente a portare informazioni, contenuti, ricostruzioni della *illness*.

La tecnica di eco si collega ai *prompts* e i *cues* (suggerimenti impliciti e indizi) che suggeriscono al medico la presenza di contenuti specifici, collegati all'*agenda* del paziente, ed è su questi segnali che si lavora nel colloquio clinico e nella medicina *patient centred*.

Sovente gli indizi lanciati dal paziente sono i temi reiterati e proposti più volte nel colloquio o in successive visite, i temi lanciati dal paziente quando sta per lasciare lo studio, le informazioni date al medico quasi schernendosi, i contenuti espressi dal paziente e che sembrano sconnessi dal contenuto della comunicazione.

Non si tratta di fare un lavoro introspettivo, ma di lasciare che contenuti importanti per il paziente emergano e questo può avvenire soltanto quando la persona non si sente giudicata e non s'innesci il meccanismo della paura di essere abbandonato se si contrastano o si negoziano scelte che riguardano la sua salute.

- **Tecniche di comunicazione,**

riguardano le sollecitazioni da parte del medico che invitano il paziente a parlare, a dire di più.

“Ho capito ...”, “Vada avanti ...” o facilitazioni paraverbali “mmh ...”

Checking skills

Le tecniche definite *checking skills* riguardano il flusso della comunicazione dal medico al paziente.

Permettono di verificare e controllare da parte del medico se ha compreso la comunicazione del paziente e se questi ha compreso la sua.

E' chiaro che in un colloquio durante una visita medica *patient centred* con le tecniche di *counseling* vi sarà uno scambio continuo, come una sorta di meccanismo retroattivo.

Le *checking skills* permettono la costruzione di informazioni in comune sia della *illness* che della *disease*.

- **Parafrasi,**

consiste nella riproposizione da parte del medico, con parole diverse rispetto a quelle usate dal paziente, di un'informazione che quest'ultimo gli ha riferito

- **Riassunti e ricapitolazioni,**

consistono nella riproposizione sintetica di molteplici dati espressi dal malato al medico o viceversa (si può far riassumere al paziente una serie di informazioni che il medico gli fornisce riguardanti la malattia o la terapia per verificarne la comprensione).

Il riassunto da parte del medico fa sentire il paziente ascoltato e capito.

E' necessaria una grande attenzione da parte del professionista per poter riassumere senza inserire nel riassunto interpretazioni rispetto al materiale narrato.

Le funzioni del riassunto sono:

- dare risalto ai punti salienti emersi nel dialogo con il paziente,
- rilevare le incoerenze emerse nel discorso,
- costruire un collegamento tra un argomento e l'altro durante l'incontro o in quello successivo,
- dare ordine agli eventi,
- selezionare i problemi e dare priorità ad uno di essi,
- migliorare il grado di autocoscienza del paziente,
- offrire al paziente la possibilità di correggere informazioni errate o aggiungerne delle altre.

Per riassumere è necessario cogliere il filo del pensiero del paziente, e quindi, enucleare il messaggio o i messaggi nodali che vi sono sottesi, ricordando l'ordine degli eventi narrati dal paziente.

La scelta del momento in cui fare il riassunto è importante, infatti un'interruzione prematura può bloccare il paziente ed è necessario creare un clima idoneo affinché questi si senta autorizzato a correggere eventuali distorsioni e inesattezze.

Il **riassunto selettivo** serve dopo una narrazione del paziente e il professionista con questa tecnica gli rimanda ciò che ha compreso, evidenziando gli aspetti che gli sembrano più utili ed importanti.

Il riassunto selettivo dà ordine ai dati che emergono, permette al paziente di correggere eventuali distorsioni e incomprensioni da parte del medico, di aggiungere qualcosa di rilevante che nel riassunto manca, di riflettere sulle informazioni che ha dato al medico costruendo così una memoria condivisa, di avviare un processo di **chiarificazione** sul problema collegando parti del racconto.

Il **riassunto selettivo** serve al medico per indicare al paziente quali argomenti sono di sua competenza e quali tra questi si possono trattare nell'ambito di quella visita.

Il **riassunto di collegamento** va utilizzato tra una visita e quella successiva e ha l'obiettivo di fare il punto della situazione, partendo così da una memoria condivisa e andando a esplorare nuovi temi o problemi.

Il **riassunto di chiusura** serve alla fine dell'incontro per fare il punto della situazione e per condividere decisioni prese, oppure quando, nell'ambito della stessa visita, si passa da un argomento già esplorato ad un altro.

Far fare un riassunto al paziente dopo avergli descritto la terapia è utile per rilevare incomprensioni o incoerenze, modificando o aggiungendo eventuali informazioni.

- **Checking back skills,**

consistono nella verifica da parte del medico della comprensione di ciò che ha detto al paziente e forniscono l'opportunità di rettificare laddove la comprensione non è esatta o di integrare contenuti che sono andati persi.

Es.: "E' tutto chiaro?" , "Vuole ripetermi come dovrà assumere la terapia?".

Tali tecniche sono utilizzate nella fase di chiusura della visita, quando il medico sintetizza i contenuti emersi durante l'incontro e verifica che siano passati al paziente chiedendogli di ripeterli, facendone una sintesi.

Le *checking back skills* sono utili anche durante la visita nel passaggio da un argomento all'altro e in questo caso indicano la chiusura di un aspetto già affrontato e l'inizio di un nuovo dato da analizzare.

Reflection skills

Queste tecniche si usano per interventi di riflessione e di restituzione delle informazioni dal medico al paziente, ma **riguardano la dimensione dei sentimenti espressi dal paziente** e comunicano la comprensione da parte del sanitario di come il malato vive e sente la sua condizione patologica e le ansie collegate ad essa.

Sono tecniche molto importanti per la costruzione della relazione e per il consolidarsi di un'alleanza basata sull'accettazione e la legittimazione dei sentimenti e delle difficoltà espresse dal paziente durante il colloquio da parte del medico.

L'ascolto riflessivo chiarisce il significato delle parole del paziente e incoraggia la continuazione del contenuto che viene riflesso.

All'interno della gamma dei contenuti esposti c'è sempre un lavoro di selezione che dipende dal medico e dagli obiettivi da raggiungere.

Le espressioni empatiche delle tecniche di riflessione, comunicano al paziente che il medico comprende le sue difficoltà e sono molto utili prima di un ulteriore intervento informativo da parte del sanitario rispetto alla modificazione di un comportamento, all'assunzione di una terapia o alla prescrizione di esami diagnostici che creano difficoltà al paziente sul piano della comprensione e dell'accettazione.

Es: "E' vero che è difficile controllare la glicemia, ma in questo modo il suo problema di salute rischia di peggiorare", "Capisco che rispettare la dieta la preoccupi, ma vorrei che lavorassimo insieme per trovare le strategie migliori per rendere tutto meno difficoltoso".

Nel *counseling* si parla di interventi di riflessione quando il medico mette in primo piano la restituzione dei sentimenti del paziente o espressi direttamente da quest'ultimo o intuiti e allora li restituisce e ne chiede l'accordo.

Gli interventi di riflessione possono riguardare:

- **espressioni empatiche,**
es., "Capisco quanto sia difficile per lei accettare la diagnosi di diabete ...",
- **interventi di legittimazione,**
es., "Tutti sarebbero spaventati di fronte all'introduzione di tanti cambiamenti nello stile di vita ...",
- **interventi di supporto,**
es., " Sappia che può contare sul mio aiuto e il mio supporto in un momento così difficile".

L'intervento di riflessione, proprio come l'immagine di se stessi rimandata da uno specchio, fa in modo che lo stesso sentimento, restituito al paziente, arrivi a lui in forma più chiara come se ne prendesse coscienza, come primo passo, per poi affrontare il problema e stabilire obiettivi di superamento dello stesso.

Al contrario, si evince dalle ricerche svolte sui colloqui clinici, che le espressioni empatiche sono scarsamente utilizzate nei colloqui e spesso nel momento in cui il paziente esprime sentimenti collegati al suo problema o questi vengono ignorati, o il dialogo viene riportato bruscamente sulla malattia biologica con l'utilizzo da parte dei medici di *cut-off* (tagli), virate brusche della comunicazione in risposte di tipo tecnico.

I *cut-off* possono essere determinati dalla difficoltà del medico di accogliere e confrontarsi con i dati relativi all'*illness* del paziente e dai contenuti emotivi, collegati alla sua *agenda* e dalla preoccupazione di allungare i tempi della visita.

Le *domande riflessive* attivano il pensiero del paziente su aspetti e angolature del problema che può non aver ancora considerato.

Nel formularle è importante che il medico colleghi la domanda a ciò che il paziente ha detto in precedenza (mi ha parlato del problema dell'iniezione di insulina ...) e faciliti la comparsa di differenze nel vissuto del problema, quando il paziente **assolutizza** affermando a esempio "Non riesco **mai** a controllare la mia dieta", "E' **sempre** un problema trovare la privacy per iniettarmi l'insulina".

Le **assolutizzazioni** del problema da parte del paziente creano una situazione di stallo nella comunicazione, quindi è necessario agire sulle assolutizzazioni chiedendo a es. "Quando nell'ultima settimana o mese non è stato un problema seguire la dieta?".

Se il paziente rintraccia una situazione nella quale il problema o non si è presentato, o si è presentato in maniera minore, si passa a rintracciare, facendogli descrivere la situazione, quali siano state le risorse attivate in quel momento rispetto agli altri momenti risultati problematici.

Le tecniche di *counseling*, migliorano l'efficacia della visita, la soddisfazione dei pazienti, il miglioramento dell'alleanza terapeutica e la concordanza ai trattamenti e le rassicurazioni del medico; quando queste non sono collegate alle idee, a volte paradossali che i pazienti manifestano, risultano inefficaci e possono risultare una barriera per il passaggio di informazioni utili alla comprensione e gestione del problema di salute.

Le *reflection e checking skills* dimostrano la loro forza nella comunicazione con il paziente quando il medico realmente riflette o riassume i contenuti espressi dalla persona malata e non riflette contenuti che gli sembra di intuire.

Il medico che utilizza tecniche di *counseling* deve ascoltare il paziente, garantendo una totale assenza di giudizio e la legittimazione delle sue preoccupazioni, mettendo in atto le **active listening skills**.

Ogni colloquio e visita medica con le tecniche di *counseling* ha comunque la caratteristica di essere un processo comunicativo assolutamente originale da parte del medico che guiderà l'indagine sulla *illness* del paziente a mano a mano che emergeranno dati non predeterminabili.

L'apertura all'ascolto e all'accoglienza dei contenuti portati dal paziente è la condizione senza la quale non è possibile attuare una medicina centrata sul paziente.

- **Focusing e Categorizzazioni,**

si tratta di interventi comunicativi che hanno l'obiettivo di portare l'attenzione del paziente su un aspetto che il medico ritiene centrale da affrontare, dopo aver rilevato una serie di dati informativi.

Es.: "Ora ci concentriamo sulle difficoltà che riguardano l'alimentazione e su come affrontarle".

La focalizzazione serve a indicare al paziente l'argomento di cui si parlerà, la sua importanza e la selezione, tra il materiale emerso, di quell'aspetto che verrà approfondito in quel momento e in quella visita.

Le categorizzazioni sono frasi che anticipano la categoria entro la quale si svilupperà l'azione successiva durante la visita.

Es.: "... ora la vorrei visitare", "Adesso la visito e poi le prescrivo gli esami che dovrà fare", "Ascolti ...".

Tali tecniche sono utili a rendere consapevole il paziente del filo logico che il medico sta utilizzando durante la visita, a seguire e capire l'articolazione dell'incontro.

Le categorizzazioni sono utili anche nella fase finale della visita, preannunciano che il tempo a disposizione sta terminando, servono a evitare l'esposizione di un nuovo

problema da parte del paziente sull'uscio della porta e a rendere partecipe il paziente dell'andamento della visita.

Active listening skills

Si tratta del collegamento costante e attivo dell'attenzione del medico rispetto a ciò che il paziente dice durante la visita.

Il silenzio è una di queste tecniche di ascolto; attendere dopo una domanda aperta che il soggetto mentalmente ricostruisca i dati e li comunichi può apparire scontato, ma non lo è, infatti spesso non si dà il tempo ai pazienti di rispondere, rielaborando informazioni presenti nella mente per lo più in maniera confusa e che riordinano proprio mentre le forniscono al medico.

L'anamnesi è un lavoro intellettuale molto complesso.

Le informazioni sono tutte nella memoria e riconnetterle e verbalizzarle richiede concentrazione per cui il paziente necessita dell'attenzione di chi le deve ricevere con l'apertura reale per dati che non si conoscono e che non si possono dare per acquisiti una volta per tutte.

Dal punto di vista della *disease* un diabete di tipo 1 è più o meno identico in tutti i pazienti, ma l'*illness* di quello stesso diabete va analizzata di volta in volta in ogni singolo paziente.

L'*empatia* (dentro *en* punto di vista *pathein*) nella relazione medico e paziente si crea anche attraverso un ascolto reale e incondizionato dell'esperienza del malato e l'efficacia delle tecniche di *counseling* dipende moltissimo dalla qualità della relazione che il medico riesce a instaurare con il paziente.

Guidare lo scambio comunicativo con il paziente significa per il medico mantenere una posizione attiva nel colloquio, segnalando in quale direzione intende muoversi, raccogliendo informazioni dall'*agenda* del paziente, correggendo informazioni inesatte, selezionando i temi trattabili e legati al problema presentato dal paziente e al ruolo ricoperto dal medico.

Sentire è un atto fisiologico, ascoltare è un atto psicologico che chiama in causa abilità complesse ed è la base dell'*empatia*.

Gli aspetti non linguistici della comunicazione vanno sotto il nome di *comunicazione non verbale* e comprendono i gesti, le occhiate, la postura, i movimenti del corpo, la prossemica, il contatto, il tocco e l'espressione facciale.

La comunicazione non verbale è un mezzo potente per trasmettere emozioni, e quando un messaggio non verbale e uno linguistico sono in conflitto è il primo a indicare meglio come stanno le cose.

Una comunicazione professionale si basa sulla scelta di obiettivi sia professionali che relazionali, sull'uso di tecniche apprese che conduce a un scambio relazionale tra l'esperto della *illness* e l'esperto della *disease*.

Principi e metodi di Programmazione Neuro Linguistica (PNL)

Negli anni Settanta in America un gruppo di ricercatori, composto da Richard Bandler, John Grinder, Robert Dilts e altri, hanno sviluppato una serie di considerazioni teoriche e pratiche, articolate in un modello, che prevede varie tecniche di modificazione del comportamento.

La PNL si è avvalsa del contributo di numerose discipline tra cui la linguistica, la psicologia e la cibernetica. (1)

La PNL si fonda sullo studio di ciò che avviene all'interno delle persone quando fanno esperienza di qualcosa e sulle modalità attraverso le quali le informazioni che arrivano dalla realtà esterna, passano dentro di noi e vengono filtrate dai sensi, dalla mente, dal corpo, dal linguaggio, dalle emozioni che attraversano trasversalmente le altre dimensioni; nel tempo, a livello neurologico, si formano, grazie ai processi di apprendimento, delle *sequenze da utilizzare* per affrontare nuove esperienze.

L'individuo è inconsapevole di tali processi e vive ogni sua esperienza come se essa fosse la realtà, mentre al contrario, ciò che noi consideriamo dati tratti dal reale sono frutto delle nostre percezioni, dei nostri filtri, della nostra cultura.

L'interpretazione dell'esperienza che la persona fa e il modo in cui la vive dipende essenzialmente dal *programma* utilizzato.

Quando un comportamento è disfunzionale nella vita di un individuo, si tratta per la PNL di intervenire sui programmi mentali, migliorando il comportamento in modo più funzionale, riprogrammando i livelli degli schemi che usiamo attraverso l'uso consapevole e strategico del linguaggio.

Il modo in cui noi comunichiamo con gli altri e descriviamo le nostre esperienze dipende dalle modalità sensoriali e dall'espressione linguistica utilizzate e, in questo modo, sono classificate e ordinate.

L'individuo nel contatto con la realtà esterna riceve una quantità grandissima di informazioni; queste pervengono al cervello attraverso stimoli che colpiscono i recettori sensoriali e si trasformano in immagini, sensazioni, odori e gusti.

In questa fase agiscono filtri neurologici, biologici, culturali, sociali, genetici individuali.

In questo processo gran parte delle informazioni vengono perse, molte rimangono a livello inconsapevole, altre restano a livello consapevole.

Questo dipende da dove la mente focalizza la sua attenzione, cioè nel modo in cui organizza connessioni e distinzioni, generando così le nostre convinzioni e orientando il nostro comportamento.

Le nostre convinzioni ci conducono successivamente a prendere in considerazione soltanto le informazioni che tendono a confermarle e a cancellare o disconfermare quelle che non sono in sintonia con le nostre convinzioni.

Pensiamo a quanto peso hanno questi processi automatici nei comportamenti di salute e nelle scelte che le persone compiono quando sono ammalate. (1)

“La mappa non è il territorio”, frase di Korbyzhcy (esponente della semantica generale), è uno dei presupposti della PNL e sta a significare che tra la realtà e l'esperienza fattane vi è un'irriducibile differenza.

La mappa di una persona, nel suo insieme, racchiude rappresentazioni (immagini, suoni, sensazioni fisiche) e sistemi di credenze, valori, capacità, ecc...

Il nostro modo di interagire con l'ambiente è determinato dalle nostre mappe.

Le nostre mappe cambiano nel tempo.

Le credenze, che noi abbiamo riguardo noi stessi o riguardo gli altri, non sono altro che delle immagini mentali, da noi considerate reali.

La consapevolezza che l'altro ha un suo modo di vedere la realtà e che dal suo punto di vista ciò che afferma è corretto, è la prima chiave per una comunicazione efficace.

Solo quando saremo riusciti a decodificare la mappa del nostro interlocutore potremo ottenere il massimo dei risultati dalla nostra comunicazione.

Diversi sono gli strumenti che la PNL mette a disposizione per la decodificazione e comprensione delle mappe altrui:

- sistemi rappresentazionali,
- metamodello,
- metaprogrammi,
- filtri percettivi.

Quando il paziente parla con il suo medico questo tipo di meccanismi entrano inconsapevolmente nel modo di comunicare sia dell'uno che dell'altro.

La consapevolezza di come agisce la comunicazione e la capacità di controllarla e analizzarla, sono competenze importanti e ineludibili in chi, come il medico, ha la responsabilità che i suoi messaggi arrivino e incidano sui pazienti.

Attraverso il **Metamodello** gli esperti di PNL lavorano sulle informazioni filtrate attraverso questi meccanismi in modo non funzionale per il benessere della persona.

Il metamodello, sviluppato negli anni '70 da Bandler e Grinder, è costituito da un insieme di domande precise volte a identificare gli schemi linguistici che conducono a interpretazioni inefficaci della realtà sul piano comunicativo.

Ognuno di noi, nella costruzione e comunicazione agli altri della propria esperienza, opera attraverso una serie di meccanismi che fungono da ulteriori filtri quali:

- **la generalizzazione**
- **la cancellazione**
- **la distorsione.**

La *generalizzazione* è il meccanismo che ci permette di organizzare la conoscenza del mondo per grandi categorie, nelle quali le differenze scompaiono e una caratteristica che può essere di pochi finisce per essere estesa a tutti.

Es.: "L'anestesia generale è sempre un rischio", "L'ospedale è sempre un luogo di dolore", "Le medicine creano sempre danni"...

Da tali affermazioni mancano riferimenti specifici al quando, dove, chi, che cosa, al contesto ...

Le domande del *metamodello* servono ad analizzare la generalizzazione ponendo la persona di fronte alla veridicità e utilità dell'affermazione formulata, portando il paziente a riflettere più attentamente sulle sue affermazioni, collegate alla sua *mappa mentale*, ampliando così le sue possibilità di analisi e ristrutturando il quadro della situazione delineato dal paziente.

Es. "Mi sento **sempre** male da quando ho scoperto di avere il diabete e ho iniziato la terapia".

Le domande possibili del *metamodello* potrebbero essere:

es.: "Si sente male sempre, in ogni istante della sua giornata?" "C'è stata una volta in cui la terapia non l'ha fatta sentire male?" e poi di seguito es.: "Mi descriva cosa è successo quella volta in cui non è stata male".

Quando il paziente utilizza termini come tutti, ognuno, chiunque, sempre, assolutamente... sta usando parole definite in PNL *quantificatori universali* che

testimoniano il fatto che, da un singolo o più eventi, il paziente è portato a generalizzare l'esperienza avuta.

Le affermazioni di questo tipo, proprio perché a volte sono sganciate da dati scientifici, in genere producono da parte del medico o un'aperta disconferma di ciò che afferma il paziente o una mancata indagine ulteriore proprio perché il dato riportato dal paziente non può essere considerato reale.

Le domande del *metamodello* contengono al loro interno la stessa generalizzazione fatta dal paziente e invitano la persona a **riflettere sulle eccezioni e a rintracciarle nella sua esperienza**.

Quando i pazienti etichettano come impossibile un comportamento da adottare, consigliato dal medico, in base alle *convinzioni limitanti* che si è formato per esperienze pregresse, è possibile replicare da parte del medico a tali modalità operative limitanti con domande del *metamodello*,

Es.: “Non posso intraprendere questa terapia”, la domanda potrebbe essere “**Cosa le impedisce di intraprendere la terapia**”,

“Non posso cambiare le mie abitudini alimentari”, “**Cosa accadrebbe se fosse disposto a modificare le sue abitudini alimentari?**”.

Alcune affermazioni dei pazienti che contengono dei giudizi sotto forma di generalizzazioni, ma non sono esplicitati né i criteri della loro affermazione, né chi li ha espressi, si presentano linguisticamente sotto forma di verità assolute, come assolutamente ovvie.

Es. “Si sa che il diabete è una malattia che non perdona”, “Chi l'ha detto?”, “Quando?”, “Che significa tale affermazione, me la può spiegare meglio?”.

Il medico con le domande del *metamodello* indaga su tali generalizzazioni, chiamate in PNL *performative perdute*, chiedendo: chi lo dice, quando lo dice, in quale circostanza, a chi, a proposito di cosa in particolare.

La *cancellazione* è un meccanismo che ci porta inconsapevolmente, o al contrario consapevolmente, a tralasciare durante un nostro racconto dei particolari che non riteniamo utili da inserire in quel contesto o che volutamente vogliamo tenere nascosti al nostro interlocutore: forniamo insomma la cornice del racconto senza i particolari.

Le *cancellazioni* presenti all'interno del racconto possono condurre l'interlocutore a inserire dati non presenti nella narrazione, con la convinzione di averli sentiti.

Es.: “Il dolore è insopportabile”.

Le domande del *metamodello* aiutano il medico a rintracciare le informazioni mancanti cancellate.

Es.: “Quale dolore è insopportabile?, Qual è la zona interessata dal dolore?, Quando comincia il dolore? Come si manifesta? ...”.

Le domande del *metamodello* servono al medico per reperire le informazioni concernenti il **chi, cosa, come, dove, quando**.

Quando il paziente cancella nomi e verbi vuol dire che non specifica gli *indici referenziali*.

Es. “Mi hanno dato degli antidolorifici” non si sa chi glieli ha dati e che tipo di antidolorifici.

Vi sono anche la cancellazioni comparative.

Es.: “E' molto più debilitante fare attività fisica da quando ho il diabete.”

Una tra le possibili domande del *metamodello* potrebbe essere.

Es.: “Molto più debilitante rispetto a cosa”, va fatto dettagliare il termine di paragone.

Le cancellazioni sono, come le generalizzazioni, meccanismi linguistici comuni ai quali

tutti noi siamo sottoposti e dunque anche i medici mentre dialogano con i pazienti inconsapevolmente generalizzano o cancellano.

Questi processi nel paziente creano confusione: basti pensare alla cancellazione di informazioni nell'ambito della prescrizione di una terapia, per cui il paziente inserisce nei vuoti dati, che non sono stati enunciati dal medico, ma che vengono presi dal paziente come assolutamente reali.

Nell'ambito della formazione riguardante le *tecniche di counseling* i partecipanti si allenano a riconoscere negli altri, ma anche in loro stessi, tali meccanismi in modo da rendere il più possibile efficace e funzionale la comunicazione.

La *distorsione o deformazione* attiene alla interpretazione che noi inseriamo nella descrizione della realtà, a es. una dimenticanza da parte di qualcuno viene vissuta come uno sgarbo, un gesto affettuoso può essere interpretato come anticipatorio della richiesta di qualcosa ...

Se un paziente afferma: "So che lei, dottore, pensa che io non ce la possa fare a seguire la terapia", siamo in presenza di una *distorsione*, in quanto il paziente presuppone con la *lettura del pensiero* di conoscere, senza aver avuto delle informazioni precise, il pensiero del proprio interlocutore.

Anche in questo caso le domande del *metamodello* possono aiutare il paziente a esplorare meglio la situazione e a chiarirsi che le idee che attribuisce al medico possono essere frutto solo di sue proiezioni.

A es. il medico può chiedere: "Che cosa l'ha portata a questa conclusione?, In che modo è arrivato a farsi questa idea?...".

Altre distorsioni possono essere dovute alla relazione causa–effetto che il paziente fa di alcuni avvenimenti.

Es.: "Sono convinto che il diabete mi è venuto a causa dei troppi fritti che ho mangiato" Anche in questo caso è necessario indagare sulla mappa mentale del paziente, cogliendo i nessi causali dell'eziologia della malattia ipotizzata dal paziente, prima di passare a dare informazioni esatte, che verranno rifiutate in quanto la distorsione porta le persone a convinzioni radicate su un argomento.

Questi sono alcuni dei contributi che la PNL ha elaborato per migliorare l'efficacia della comunicazione e che, integrati con le tecniche di *counseling*, costituiscono un valido aiuto nella relazione con il paziente.

Note

1) Moretti I., Sperzagni C. (a cura di), "PNL: la Programmazione Neurolinguistica", De Vecchi Editore, Milano 1999

Roberti A., Belotti C., Caterino L., "Comunicazione medico – paziente. La comunicazione come strumento di lavoro del medico", NLP Italy, Bergamo, 2006

Compliance, adesione, aderenza

Il tema della *compliance* al regime terapeutico nella cura del diabete, come di tutte le malattie croniche, è centrale per aiutare il paziente a mantenere o a migliorare il proprio stato di salute.

Possiamo distinguere una non aderenza ai trattamenti non intenzionale da parte dei pazienti dovuta sostanzialmente al non avere compreso la terapia, o parti di essa, oppure a dimenticanze momentanee e una non aderenza ai trattamenti intenzionale per cui i medici si trovano di fronte malati che decidono di non curarsi per una serie di ragioni che possono andare dall'atteggiamento di negazione della malattia con se stesso e con il proprio contesto di vita, alla interpretazione dell'evento morboso come non grave o, al contrario come non curabile, ad atteggiamenti di sfida alla malattia o al personale sanitario.

Nel primo caso il piano della comunicazione tra curante e paziente ha difettato prevalentemente sul versante informativo e di comprensione, nel secondo caso il problema della non aderenza risulta più complesso e richiama in causa tutto ciò di cui si è parlato in precedenza, sia rispetto all'accettazione della malattia, sia alla mancata efficacia della comunicazione tra medico e paziente che non ha prodotto la comprensione delle resistenze e difficoltà del malato nell'affrontare il problema di salute e la necessaria modificazione dello stile di vita (dieta, abbandono del fumo, attività fisica ...).

La definizione classica di *compliance* è: *"il grado in cui il comportamento di una persona (assunzione di farmaci, osservanza di diete, cambiamenti nello stile di vita) coincide con le raccomandazioni del medico"* (1)

Assunti di tale definizione:

- il trattamento prescritto è il migliore,
- la prescrizione è stata trasmessa in modo inequivocabile
- il paziente è tenuto all'obbedienza
- implica un giudizio negativo sulla mancata osservanza

La definizione contiene implicitamente l'idea di un ruolo passivo del paziente, della non fallibilità del medico nella comunicazione e da ciò può derivare:

- una colpevolizzazione del paziente attraverso modalità comunicative del curante che fluttuano tra toni paternalistici e di comprensione che pongono comunque il paziente in una condizione infantile creando un rapporto del tipo Adulto-Bambino,
- un atteggiamento dogmatico e rigido da parte del medico che non porta comunque all'*empowerment* del paziente e non migliora il suo senso di *autoefficacia* nella gestione della malattia.

Il termine di *Adherence to treatment*, più di recente, ha nella sua stessa definizione, incluso un cambiamento concettuale e, se vogliamo epistemologico, del termine parlando di: *"Coinvolgimento attivo e collaborativo del paziente a cui si chiede di partecipare alla pianificazione e all'attuazione del trattamento elaborando un consenso basato sull'accordo"* (2)

Assunti di tale definizione:

- ruolo attivo del paziente nella gestione della malattia e terapia,
- alleanza medico-paziente come base per l'aderenza,
- la non aderenza viene interpretata come inefficacia della comunicazione medico-paziente

In questa definizione, la mancata aderenza del paziente viene interpretata come indicatore di una inefficace comunicazione del medico con il proprio assistito; l'attenzione

viene posta sulla costruzione dell'alleanza tra medico e paziente e apre a nuove prospettive di dialogo e non di irrigidimento delle rispettive posizioni, che porta a un conflitto aperto.

Il paziente ha un suo *Sick-role behavior*, inteso come *complesso di azioni che comprendono, oltre all'aderenza al regime terapeutico proposto, la modificazione delle attività individuali, familiari e delle responsabilità sociali*.

Il termine aderenza non si riferisce solo all'assunzione dei farmaci, ma comprende una serie più ampia di comportamenti (3):

- entrare in un programma di trattamento e portarlo avanti con continuità,
- fissare e rispettare gli appuntamenti per le visite di controllo,
- assumere i farmaci prescritti in modo corretto,
- attuare appropriati cambiamenti nello stile di vita (dieta, attività fisica ...),
- gestire correttamente i regimi terapeutici domiciliari,
- evitare i comportamenti a rischio per la salute,

Il tema della non aderenza per malattie come il diabete, l'asma bronchiale, l'ipertensione è rilevante in quanto la sintomatologia è silente, a tratti variabile, quindi l'aderenza risulta più difficile proprio perché i pazienti non hanno sintomi eclatanti durante l'esordio della malattia, anzi la terapia può dare disturbi, che prima dell'assunzione della terapia non erano presenti.

L'aderenza può modularsi diversamente a seconda che si tratti di farmaci o di modificazioni nello stile di vita e nei comportamenti di salute.

Alcuni tra i fattori che possono influenzare la concordanza ai trattamenti, ma ne sono rintracciabili molti altri in letteratura (4) sono i seguenti:

- **Intrinseci al paziente**

- gravità dei sintomi (*se la malattia non dà sintomi l'aderenza è più bassa, più alta è invece negli episodi acuti*),
- livello culturale,
- età e sesso,
- supporto sociale (predittore di aderenza importante nella cura del diabete),
- tratti di personalità,
- stato psichico legato alla malattia (nei pazienti depressi la non aderenza è maggiore),
- conoscenze acquisite sulla malattia (le informazioni sono un prerequisito, ma la disponibilità di informazioni può non tradursi in conoscenza e ancora più difficile risulta il passaggio dalla conoscenza alla modificazione di atteggiamenti e comportamenti),
- difficoltà a riconoscere la condizione di malato o la necessità di trattamento (negazione della malattia, della sua gravità, persistenza o cronicità),
- comprensione e memorizzazione della terapia (in pazienti anziani la funzione più spesso compromessa è la memoria a breve termine, ma è un problema questo che riguarda tutti i pazienti),
- pregiudizi sulla inefficacia del farmaco o sui suoi effetti collaterali (i farmaci che hanno effetto immediato sui sintomi portano a una maggiore aderenza, mentre i farmaci, che in assenza di sintomatologia producono effetti collaterali comportano una minore aderenza, come nel trattamento dell'ipertensione).

- **Estrinseci al paziente**



- durata della terapia, sua complessità e interferenza con lo stile di vita (la complessità della terapia è una variabile importante, così come le interferenze che essa produce nelle attività quotidiane, la difficoltà a monitorare contemporaneamente più prescrizioni).
- mezzo di cura e le sue rappresentazioni,
- quantità e frequenza di assunzione di farmaci,
- prescrizione di più farmaci insieme,
- manifestazione tardiva dell'azione benefica del farmaco,
- assenza di sintomi,
- effetti collaterali del farmaco,
- relazione medico-paziente,
- qualità e quantità di informazioni che al paziente viene data sul protocollo,
- influenza dell'ambiente sociale (norme collettive, aiuto della famiglia, rete di sostegno sociale),
- le caratteristiche del *setting* clinico (ospedale, domicilio, ambulatorio ...).

La concordanza al regime terapeutico migliora nel caso in cui il paziente:

- sia consapevole che il diabete rappresenti un problema e possa essere pericoloso per la sua condizione di salute (*gravità percepita*),
- creda di essere a rischio di eventuali aggravamenti o complicazioni (*suscettibilità percepita*),
- sia convinto che il trattamento sia efficace e sicuro (*vantaggi percepiti*),
- sia cosciente che il disagio e le difficoltà di adesione al trattamento siano minori del beneficio che egli ne trae (*barriere percepite*),
- si senta in grado di eseguire quanto richiesto dalla terapia (somministrazione, controlli ...) e sviluppi un buon senso di *self - efficacy* (5) e di *locus of control* (6),
- senta che con il suo medico si è sviluppata una buona comunicazione e senta che le sue difficoltà sono comprese,

L'utilizzo delle tecniche di *counseling* nell'analisi dell'aderenza al trattamento persegue l'obiettivo di una *condivisione della strategia terapeutica* con il paziente.

All'inizio di un trattamento lo schema operativo può essere il seguente, secondo quanto indicato da Daltroy (7):

- il paziente è incoraggiato a esprimere le sue preoccupazioni,
- le preoccupazioni del paziente vengono discusse,
- il medico e il paziente definiscono le finalità, le priorità e le modalità del trattamento,
- il medico e il paziente identificano possibili ostacoli all'aderenza,
- medico e paziente formulano strategie per prevenire le difficoltà,
- il medico fornisce informazioni sulla malattia e sul regime terapeutico, facendole riassumere al paziente.

In un *follow – up*:

- il paziente è incoraggiato a esprimere il suo parere sulla terapia seguita,
- vengono discusse eventuali ragioni di insoddisfazione o di preoccupazione e l'eventuale quota di non aderenza che può esserne derivata,
- medico e paziente definiscono le finalità raggiunte e quelle rimanenti e le priorità nella prosecuzione del trattamento
- medico e paziente formulano progetti per ridurre le difficoltà,

NOTE

- 1) Haynes R. B., *Compliance in health care*, John Hopkins University Press, Baltimora, 1979
- 2) Meyers L. B., Midence K., *Adherence to treatment in medical condition*, Harwood Academic Publisher, Amsterdam, 1998
- 3) Majani G., *Compliance, adesione, aderenza. I punti critici della relazione terapeutica.*, McGraw – Hill, Milano, 2001
- 4) Haynes R. B., *Compliance in health care*, John Hopkins University Press, Baltimora, 1979
- 5) *Self – efficacy “La convinzione che una persona ha di poter mettere in pratica con successo il comportamento richiesto per produrre risultati attesi e desiderati”* Bandura A., *Principles of Behavior Modification*, Prentice Hall, New York, 1977. Il senso di autoefficacia è collegato al singolo comportamento messo in atto, ad esempio il paziente può sentirsi in grado di seguire la dieta, ma non la terapia per cui va verificato di volta in volta, anche perché l'autoefficacia dipende da una serie di fattori che mutano nel tempo: le convinzioni, le esperienze, il sistema nel quale la persona è inserita.
- 6) *Locus of control "c'è una relazione tra le convinzioni di un individuo circa la propria capacità di esercitare un controllo diretto sugli eventi che gli occorrono (locus of control interno) o, viceversa, circa la dipendenza degli eventi dalle azioni altrui o dalla sorte (locus of control esterno) e il suo comportamento rispetto a quelle stesse situazioni"* Rotter J.B., *Social Learning and Clinical Psychology*, Prentice Hall, New York, 1979
- 7) Daltroy L.H., *Doctor – patient communication and adherence to treatments*, Jama, n. 285, pp. 1351 -1357, 1992

Cambiamento dei comportamenti

Il diabete comporta una costante attenzione del paziente al suo stile di vita e l'adozione di comportamenti di salute che richiedono cambiamenti di abitudini e/o l'adozione di modificazioni sostanziali nel regime dietetico, nell'attività fisica con ripercussioni sulle scelte individuali, ma anche con riflessi sul contesto socio-relazionale di appartenenza del paziente.

Il tema della modificazione dei comportamenti di salute è vastissimo, oggetto di studio privilegiato della Psicologia della Salute, dell' Antropologia Medica, della Sociologia della Salute, della Psicologia Sociale, della Educazione alla Salute, dell'Educazione degli Adulti, della Medicina Comportamentale.

Il tema ha subito dagli anni '50 in poi continue rivisitazioni e ampliamenti collegati alle teorie di riferimento concettuali degli studiosi e dei loro rispettivi modelli teorici di riferimento (prospettiva comportamentale, cognitiva, cognitivo-comportamentale): *Health Belief Model, Theory of Reasoned Action, Social Learning Theory*.

Senza volere ripercorrere in questa sede il dibattito e i contributi sviluppatisi intorno al tema, ciò che accomuna i vari campi di indagine è la constatazione che l'informazione da sola non è sufficiente a promuovere un cambiamento.

Il processo di comunicazione delle informazioni non è mai del tutto controllabile dall'emittente, per cui non c'è necessariamente corrispondenza tra il significato attribuito a un certo messaggio da chi lo formula e il significato attribuito a esso dal ricevente

I fattori che intervengono nella decisione di un paziente di porre un cambiamento di comportamenti sono talmente variegati per cui la numerosità e la valenza di tali fattori, se pur generalizzabile, va poi verificata di volta in volta per il singolo paziente.

L'elaborazione delle informazioni è un processo non-automatico che si svolge in fasi successive:

- ricevere l'informazione (numero limitato d'informazioni),
- capire: attenzione e percezione selettiva,
- ricordare: attribuzione di significato a quanto è stato ascoltato e valutazione,
- accettare l'informazione e cambiare atteggiamenti: elaborazioni cognitive sulle conseguenze del cambiamento, cambiare comportamento.

Nella definizione di **Health Behavior** troviamo tutta la complessità di tali contributi e gran parte degli elementi che entrano in gioco nella decisione di una persona di cambiare un comportamento legato alla salute: *"quegli attributi personali come convinzioni, aspettative, valori, percezioni e altri elementi cognitivi; caratteristiche di personalità, comprendendo in esse stati e tratti affettivi ed emotivi; modelli di comportamento osservabili, azioni e abitudini che hanno a che fare col mantenimento, miglioramento, ripristino della salute...questi attributi personali sono influenzati da, e d'altro canto riflettono, processi e strutture familiari, fattori sociali e legati al gruppo dei pari, nonché determinanti sociali, istituzionali e culturali"* (1)

La motivazione ricopre un ruolo centrale nella spinta di una persona a mettere in atto un comportamento di salute anche nell'ambito della prevenzione secondaria, come nel caso di diabetici già diagnosticati tali.

La spinta motivazionale è collegata alle convinzioni circa la malattia e la sua severità, il grado di vulnerabilità che il paziente avverte, la stima tra i benefici percepiti del comportamento e le barriere avvertite nel porlo in atto.

Da questi elementi parte la spinta ad agire la modificazione comportamentale e la motivazione a proteggersi da eventuali aggravamenti.

Prochaska e di Clemente(2) hanno elaborato il ciclo del cambiamento dei comportamenti, costituito da cinque differenti fasi che le persone attraversano quando attuano, o pensano di attuare, un cambiamento comportamentale:

- **Precontemplazione:**

la persona non pensa di cambiare il comportamento perché è assente la consapevolezza del bisogno di cambiare e vi è un rifiuto di riconoscere il rischio che si corre perpetuando il comportamento.

Es.: “Il mio medico mi dice che devo fare attività fisica, ma io mi sento bene così ...”.

Il problema per il paziente in questa fase non esiste, sono gli altri che lo vedono.

In questo stadio il paziente:

- non ha nessuna intenzione di cambiare,
- non ha consapevolezza della propria condizione patologica o a rischio, o la nega,
- altri vedono il problema, la persona lo ignora o lo minimizza,
- i meccanismi di **negazione** e **proiezione** sono dominanti.

- **Contemplazione:**

la persona prende in considerazione la possibilità di cambiare, perché può aver compreso la necessità di farlo, ma è ancora in una fase di riflessione.

Es.: “Vorrei svolgere attività fisica, ma non so se ce la posso fare ...”.

In questa fase domina l'ambivalenza e la spinta contrapposta tra due forze: una spinge il paziente verso il cambiamento, l'altra lo frena perché più forte è il peso delle difficoltà da affrontare nel presente rispetto ai vantaggi che ne seguiranno.

In questa fase:il paziente:

- comincia a considerare la necessità di cambiare,
- aumenta la percezione degli aspetti positivi del comportamento e, contemporaneamente, delle sue conseguenze negative,
- dominano i meccanismi di *ambivalenza*.

- **Preparazione:**

la persona inizia a fare concreti progetti e a individuare modi e tempi per porre in atto la sperimentazione del cambiamento.

Es.: “Ho deciso, da domani inizio a fare una passeggiata di 30 minuti il pomeriggio alle 17...”.

In questa fase, in genere di minore durata rispetto alle altre:

- il paziente decide di cambiare.
- la *pregnanza emotiva* degli aspetti positivi del comportamento da cambiare viene smorzata,
- la consapevolezza degli aspetti negativi del comportamento da modificare è dominante,
- l'ambivalenza è attenuata,
- inizia l'apertura verso suggerimenti.

- **Azione:**

vengono messi in atto tentativi concreti per modificare il comportamento.

In questa fase:

- vi è l'interruzione del comportamento problematico,
- inizia l'adozione del nuovo comportamento,

- vi è l'incorporazione del comportamento nello stile di vita.
- **Mantenimento:**
la persona cerca di mantenere il cambiamento attuato, impegnandosi per prevenire le possibili ricadute.
L'obiettivo è di arrivare a rendere automatico il nuovo comportamento, azzerando il rischio di ricadere nel vecchio.
In questa fase:
 - c'è l'uscita definitiva dal problema,
 - c'è il rischio di ricaduta, fenomeno "fisiologico" nel processo di cambiamento comportamentale,
 - tanto più si colpevolizza la ricaduta tanto più difficile è ricominciare il ciclo.

Il passaggio attraverso le varie fasi non è lineare.

Prochaska e Di Clemente hanno rappresentato il ciclo con una ruota che può essere ripercorsa più volte prima che il comportamento sia stabile; l'ingresso nel cerchio può avvenire in qualunque fase e si può sia procedere che retrocedere.

La resistenza a cambiare una o più abitudini viene solitamente interpretata come un problema connesso strettamente al paziente.

In parte è così; ci sono le sue motivazioni a conservare le vecchie abitudini, le difficoltà legate al cambiamento, le sue cognizioni su ciò che fa male e ciò che fa bene, ma favorire il cambiamento di comportamenti disfunzionali è uno degli obiettivi che il medico deve perseguire nell'educazione del paziente diabetico.

La resistenza del paziente a cambiare comportamenti può assumere la forma di una tranquilla riluttanza, a volte di un aperto diniego, altre ancora quella di un contrasto aperto.

La contrapposizione è una trappola che va evitata con i pazienti resistenti o riluttanti, perchè non produce che altri conflitti.

Da questa constatazione discende l'importanza, anche in questo ambito, di utilizzare strategie comunicative idonee e *tecniche di counseling* per far sì che il paziente acquisisca consapevolezza del problema che presenta, sviluppi autonomia nella gestione della sua salute, intraprenda un percorso di modificazioni di abitudini sbagliate e si avvii a formulare obiettivi e metodi idonei per raggiungerli.

NOTE

- 1) Gochman D. S., *Health Behavior. Emerging Research Perspectives*, Plenum Press, New York, 1998
- 2) Prochaska J.O., Di Clemente C., *Transtheoretical therapy: towards a more integrative model of change*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51, pp. 390 – 395, 1998

L' ADERENZA A CAMBIAMENTI COMPORTAMENTALI

Le tecniche di *counseling* utilizzate nell'ambito del cambiamento dei comportamenti si articolano in grandi aree che vanno dalla *definizione del problema* con la sua peculiare struttura costituita da una serie di azioni collegate tra loro.

Prima di ipotizzare obiettivi di cambiamento è necessario che il paziente abbia *dettagliato il problema*.

Nella narrazione del paziente in genere vi sono dati che riguardano:

- quando il problema si presenta,
- cosa fa subito prima che si presenti,
- cosa fa subito dopo,
- cosa fanno le altre persone presenti,
- cove succede,
- quali sono i comportamenti concomitanti,
- altri aspetti tipici del problema,

La *selezione tra i tanti possibili argomenti da discutere* sui cambiamenti che il paziente dovrebbe attuare può essere concordata dal medico con il paziente stesso utilizzando la *focalizzazione* su un aspetto specifico.

Es.: "Oggi potremmo parlare del fumo, dell'attività fisica, del cibo, del bere ... tutte questioni importanti per il suo benessere. Lei di cosa vorrebbe parlare oggi?"

L'utilizzo delle *domande aperte* nella fase iniziale della consultazione è come sempre auspicabile per permettere al paziente di esprimere il suo punto di vista e per raccogliere informazioni circa le sue interpretazioni e difficoltà nel cambiamento comportamentale.

Es.: "Si sente pronto a cambiare questo aspetto del quale abbiamo parlato?" Es.: "Mi stavo chiedendo quale fosse la cosa più importante sulla quale dovremmo concentrarci per migliorare la sua salute in questo momento", "Ha mai preso in considerazione il fatto che fare più attività fisica migliora il controllo del diabete?"

Dopo aver selezionato l'argomento prioritario per il paziente, si può passare a *valutarne l'importanza, la fiducia e la disponibilità al cambiamento*.

E' importante far precedere le domande successive da un riassunto fatto dal medico di ciò che il paziente ha detto precedentemente rispetto all'argomento selezionato.

Es.: "Le riassumo le cose che lei ha detto in merito alle difficoltà che pensa di incontrare nell'aumentare l'attività fisica da svolgere ..."

Il paziente potrà essere d'accordo sulle informazioni riflesse nel riassunto, potrà correggere elementi che il medico ha travisato o ha aggiunto inserendo sue interpretazioni sui dati narrati, potrà fornire ulteriori dettagli che gli vengono in mente grazie alla riflessione fatta dal professionista.

Per analizzare l'importanza e la fiducia che il paziente nutre nel mettere in atto un determinato comportamento si può indagare utilizzando *domande aperte*.

Es.: "Che ne pensa in questo momento a proposito di aumentare l'attività fisica?"

In genere se il paziente sta prendendo in considerazione la possibilità di attuare il cambiamento, la narrazione, si sposta sul versante delle difficoltà.

Es.: "Mi piacerebbe, ma ..."

Una frase di questo tipo testimonia il fatto che il paziente è *ambivalente*, vorrebbe/ma non ci riesce, è attratto da due forze opposte entrambe allettanti (rimanere nella situazione attuale e non fare ulteriori sforzi oppure impegnarsi e stare meglio).

Anche una *riflessione della frase indicale* può aiutare a capire meglio quello che il paziente vuole dire.

Es.: “Lei mi dice che gradirebbe incrementare l’attività fisica, ma ...”, la sospensione della frase è un invito al paziente a concluderla con dati suoi.

L’esplorazione degli aspetti negativi e positivi insiti nel comportamento da cambiare è un altro passaggio importante.

Es.: “Quali sono gli aspetti positivi del ... (attuale comportamento)”, “Quali gli aspetti negativi?”.

In questo modo si evincono anche i motivi per i quali quel comportamento è così radicato e se serve al paziente per far fronte ad altri tipi di difficoltà (es. mangiare tanto per placare l’ansia).

Le stesse domande vanno fatte per il comportamento da assumere.

La fiducia nel riuscire ad attuare il cambiamento non si può dare per scontata, va ponderata e discussa.

Es.: “Che cosa la renderebbe fiducioso (o non fiducioso) di riuscire a modificare la sua dieta?”.

Al paziente qui viene chiesto uno sforzo notevole e la risposta in genere non è immediata, ma la persona si sente invitata a parlare degli ostacoli e le risorse reali per poi passare all’azione.

Se al paziente non vengono in mente nella sua vita attuale risorse utili che possano aiutarlo a fronteggiare il cambiamento, si può portarlo ad attingere da esperienze passate nelle quali lui è stato in grado di operare un cambiamento.

Questa riflessione e i relativi ricordi che vengono fuori sono un potente rafforzamento di autoefficacia, la persona pensa “quella volta sono stato in grado di ... posso esserlo anche ora”.

La *visualizzazione* di se stessi nel momento in cui si è riusciti a superare una difficoltà è una spinta molto forte nel rintracciare le potenzialità insite nei pazienti e a promuovere la spinta verso la decisione di cambiare.

Incoraggiare le persone a parlare dei loro punti di forza, piuttosto che delle loro difficoltà, sposta la loro attenzione sulle capacità possedute, aumentando l’autostima e la possibilità di progettarsi in un cambiamento.

Altro passaggio è la formulazione di un *obiettivo di cambiamento* e anche in questo caso il lavoro deve essere fatto dal paziente

Le opzioni sono tante e vanno esaminate, fino a quando il paziente stabilisce da che cosa vuole partire.

Indicare soluzioni o suggerire cosa fare, non rientra nelle *tecniche di counseling*.

Se le soluzioni, rispetto al generico “perdere peso” o “incrementare l’attività fisica”, vengono suggerite dal medico si può generare il meccanismo dell’*induzione* dell’assenso al quale poi non segue realmente un’azione in vista del cambiamento.

E’ importante incoraggiare il paziente a formulare le sue opzioni rispetto alle azioni da compiere.

Es.: “Ci sono altri modi che lei conosce per il controllo del peso?”.

Se il paziente chiede direttamente suggerimenti al medico su cosa fare si può fornire un ventaglio di possibilità dicendo.

Es.: “Molti pazienti nella sua situazione hanno trovato utile ...”, “Tra queste cose che le ho detto quale ha più senso per lei?”.

Se la persona sceglie una delle opzioni, la si incoraggia a stabilire obiettivi piccoli e raggiungibili, poi il medico e il paziente lavorano per stabilire una tempistica realistica e un piano d'azione.

L'intervento di *counseling* durante la visita medica per aiutare il paziente in un processo di cambiamento di comportamenti:

- risponde a esigenze informative,
- risponde esigenze di cambiamento,
- fronteggia momenti di momenti critici.

I passaggi principali sono:

- la ricognizione delle informazioni possedute dal paziente,
- l'analisi delle soluzioni già tentate e i motivi per i quali non hanno funzionato,
- l'individuazione di ciò che rende difficile il cambiamento o il superamento del problema,
- il vaglio delle ipotesi di soluzione e l'esplorazione delle ripercussioni nell'ambiente di vita del paziente.

L'ADERENZA AL TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

L'uso di domande chiuse dirette nel colloquio per indagare tale area può generare *induzione della risposta*.

Es: "Ha assunto i farmaci prescritti?"

Il paziente potrebbe essere indotto sia dalla struttura della formulazione della domanda, che dal non verbale, che la accompagna, a rispondere "sì" pur non essendo la risposta vera o completamente vera.

La prima ragione risiede nel possibile giudizio negativo che il paziente immagina insito nella domanda qualora rispondesse di no.

Se anche rispondesse "sì", la domanda chiusa non apre ulteriori esplorazioni della tematica e non invita il paziente a raccontare le possibili difficoltà incontrate nell'assunzione della terapia.

Le altre motivazioni sono legate alla genericità dell'informazione richiesta nella domanda:

- di quali farmaci si parla?

Se il paziente prende più di un farmaco può essere aderente alla terapia per uno di questi farmaci e non aderente per un altro.

Da qui discende che si perdono delle informazioni riguardanti le risorse che il paziente utilizza nell'aderenza a un farmaco e che non riesce, attraverso strategie di *coping*, a utilizzare per un altro farmaco.

E' dunque necessario la *focalizzazione* dell'indagine da parte del medico su un aspetto preciso della terapia.

- non viene dettagliato il tempo di analisi dell'aderenza.

Se per esempio la visita avviene dopo un mese dall'ultimo controllo, il paziente può essere stato aderente alla terapia per un certo periodo e poi può non essere riuscito a sostenerla.

Anche in questo caso si perdono informazioni che riguardano l'*autoefficacia* e il *locus of control* (convinzioni di un individuo circa la propria capacità di esercitare un controllo diretto sugli eventi che gli occorrono e il suo comportamento rispetto a quelle stesse situazioni) del paziente nel periodo dell'aderenza e non vengono indagati gli elementi che sono subentrati successivamente, di conseguenza sfuggono i dati sui quali lavorare per superare il problema.

Vengono sostanzialmente a mancare i contenuti dell'esperienza vissuta dal paziente sia in negativo, ossia le difficoltà incontrate, sia in positivo, ovvero le risorse precipue del paziente nei momenti durante i quali la terapia è stata assunta.

In definitiva una domanda di tipo chiuso e diretto sulla aderenza ai farmaci comporta il mancato accesso a informazioni importanti per l'analisi dell'aderenza stessa e per i dati dai quali partire per superare il problema e stabilire obiettivi di cambiamento.

Inoltre può generare la percezione nel paziente di essere giudicato con ripercussioni sulla relazione e l'alleanza con il medico curante.

La domanda chiusa diretta che riguarda la terapia contiene in sé gli assunti che la terapia sia stata data precedentemente in modo chiaro, che il paziente l'abbia compresa e si dà per scontato che il malato sia disponibile a seguire le prescrizioni.

L'utilizzo delle tecniche di *counseling* risulta di estrema importanza per rilevare le ragioni dei pazienti che *intenzionalmente* non sono aderenti.

In questo caso la mancata assunzione della terapia non è frutto di dimenticanze, ma di una scelta deliberata.

E' il caso di pazienti che, per esempio in terapia da molto tempo, vogliono sperimentare se la cura è ancora necessaria e deliberatamente interrompono la terapia, è il caso di pazienti che non accettano la diagnosi.

Es.: “ Molti pazienti incontrano problemi nell'aderire alle terapie, questi problemi non sono prevedibili a priori, ma solo quando la terapia è già in atto. E' capitato anche a lei?”

Dalla risposta affermativa si passa a esplorare le ragioni.

Es.: “Mi racconta quali sono le ragioni della mancata assunzione del farmaco?”

Le *reflections skills* sono tecniche da utilizzare con i pazienti *intenzionalmente non aderenti* in quanto fanno sentire il paziente accolto nelle sue difficoltà e compreso nella logica che sottostà ai suoi comportamenti.

Es.: “Comprendo le difficoltà di cui mi sta parlando e vorrei trovare un modo con lei per superarle. Da dove vogliamo partire?”.

Si riflette in questo modo la comprensione delle difficoltà del paziente e lo si invita a selezionare tra i vari problemi che avrà presentato uno, tra tutti, dal quale si vuole cominciare per ipotizzare un cambiamento e stabilire poi obiettivi di modificazione comportamentale e strategie per porli in atto.

Nel richiamare la terapia al paziente è utile:

- dare al paziente lo schema delle informazioni che verranno fornite,
es.: “Ora le dirò che cosa non va, che cosa mi aspetto che possa accadere e quale trattamento suggerisco”, va segnalato l'inizio di ognuno di questi argomenti prima di dettagliarli
- sottolineare l'importanza delle prescrizioni e delle istruzioni,
- usare parole e frasi brevi,
- non fornire le informazioni tutte insieme,
- far riassumere al paziente cosa il medico ha detto dopo una serie di informazioni, evitando l'uso della domanda chiusa diretta,
es.: “Ha capito?”
- fornire la prescrizione in modo specifico, dettagliato e concreto utilizzando strumenti visivi (opuscoli, figure ...),
- usare le *frasi indicali* che il paziente ha inserito nel suo racconto,
es.: “Provo una sensazione di vergogna quando devo iniettarmi l'insulina e non sempre è facile trovare un posto appartato ...”

Il *self report* dei pazienti ha un potenziale informativo potentissimo per la non aderenza, i dati rintracciati sono di tipo *qualitativo*, ma da questi dati si può poi arrivare a evincere dati quantitativi che risponderanno maggiormente a criteri di esattezza e veridicità.

Il paziente si sentirà accolto e ascoltato nelle sue difficoltà e passerà a rintracciare dentro di sé e nella sua situazione di vita le risorse che può mettere in campo per il superamento delle difficoltà e il miglioramento della sua qualità di vita.

Esempi di domande aperte per la costruzione della motivazione al cambiamento

- **Svantaggi dello status quo**

- Cosa la preoccupa del suo attuale stato di salute?
- Supponga di continuare come ha fatto finora, senza modificare la dieta e l'attività fisica. Quali crede siano le cose che le potrebbero capitare?
- Per quanto riguarda i suoi problemi di pressione alta, cosa la preoccupa di più pensando al futuro?

- **Vantaggi del cambiamento**

- Quale sarebbero i vantaggi del perdere peso?
- Quali sono, secondo lei, i motivi principali per fare un cambiamento?
- Se riuscisse a realizzare i cambiamenti di cui abbiamo parlato, in che modo le cose sarebbero diverse?

- **Ottimismo rispetto al cambiamento**

- Cosa le fa pensare che qualora decidesse di cambiare l'alimentazione sarebbe in grado di farlo?
 - Che risorse ha per riuscire a farlo?
 - Pensi ad un altro momento della sua vita in cui ha fatto un cambiamento, cosa le è stato utile?

- **Intenzione di cambiare**

- Cosa pensa di poter fare?
- Delle opzioni che abbiamo vagliato, quale le sembra più adatta per lei?
- Quindi cosa intende fare?