

## 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 a 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 e 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 a 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 *pathetic*) 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*.

