

LA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE: UN IMPORTANTE MOMENTO TERAPEUTICO

In tempi non molto lontani, la relazione medico-paziente era definita come “una storia di silenzio”, nella convinzione che “un buon paziente segue le direttive del medico senza fare obiezioni e senza porre domande”.

Oggi assistiamo ad un cambiamento radicale: dal modello paternalistico che improntava la relazione medico-paziente si sta passando ad una relazione paritaria.

Al termine “paziente” si è sostituito il termine “cliente” o addirittura “esigente”, poiché il pz. Sottopone richieste precise e si aspetta risposte chiare e risultati certi.

In realtà, ogni richiesta di cura racchiude non soltanto una semplice richiesta di aiuto tecnico, ma anche un’esigenza di relazione. Ignorare questa dimensione, significherebbe ridurre la medicina ad applicazione di una tecnica, trasformando il rapporto medico-paziente in una prestazione di servizi, senza tener conto che esso è in primo luogo attenzione ad una persona. Vi è una differenza sostanziale tra scienza medica e Medicina: la prima considera l’uomo come oggetto d’indagine, che diventa “Medicina” solo quando si rivolge all’uomo non più come oggetto, ma come soggetto. Una buona qualità nella comunicazione può avere effetti positivi a vari livelli: dall’aderenza al trattamento proposto, al miglioramento dei sintomi, allo stato emotivo (più il pz. si fida di chi lo cura, più si lascerà curare e più risultati potrà ottenere).

Gli ostacoli maggiori alla comunicazione medico-paziente emergono quando si dimostra di non saper ascoltare. L’insoddisfazione del pz. Per la cattiva comunicazione, ha un peso superiore all’insoddisfazione per le competenze tecniche.

OSTACOLI ALLA COMUNICAZIONE

1) **LA FRETTA**: determina una riduzione del tempo dedicato alla relazione. Il colloquio diventa essenziale ed il pz. Lo interpreta come uno scarso interesse nei suoi confronti

2) **LA DISTRAZIONE**: la sensazione che il medico non stia ascoltando

3) **IL LINGUAGGIO**: l’uso di un linguaggio tecnico contraddice lo stesso concetto di comunicazione.

4) **L’ INTERRUZIONE**: l’abitudine ad interrompere il pz. fa trarre conclusioni spesso sbagliate. Da una ricerca fatta da un gruppo di sociologi americani è risultato che i pz. Sono mediamente interrotti dal medico già dopo 18 secondi, proprio nel momento in cui voglio esporre i loro problemi e le loro sofferenze.

5) **ESCLUSIONE**: l’esclusione del paz.dalla conversazione tra 2 medici (sul suo caso), condotta in termini specialistici, a lui scarsamente o per nulla comprensibili.

LA COMUNICAZIONE INTERPERSONALE

La malattia provoca, nel malato, una crisi di comunicazione che possiamo distinguere in 3 fasi:

1) con sé,

2) con gli altri

3) col mondo

Il pz. Che che si trova ad affrontare l’evento malattia, tende a chiudersi in sé stesso e ad isolarsi dagli altri e dal mondo che lo circonda.

Eppure essere malati vuol dire avere più che mai bisogno degli altri, del loro aiuto, delle loro parole oltre ad avere il malato un bisogno profondo di esprimersi.

Entrare in comunicazione con l'altro significa entrare in rapporto con un altro sistema chiamato Persona che presenta alcune variabili che mettono in luce la sua grandezza, ma anche la sua complessità e profondità e che possiamo racchiudere in 4 gruppi fondamentali, chiamati "variabili":

VARIABILI

BIOLOGICHE (età-sesso-razza)

SOCIOLOGICHE (cultura-famiglia-stile di vita)

PSICOLOGICHE (atteggiamento-immagine di sé-comunicazione-stati d'animo-conoscenza-memoria)

SPIRITUALI (credenze-religione-valori-filosofia di vita)

Questo schema fa emergere la complessità di un rapporto di comunicazione, cioè quello scambio d'informazioni, emozioni, sentimenti tra due o più persone, che avviene tramite i cinque sensi. E' solo però quando si comunica se stessi e non ci si nasconde dietro un ruolo, che si realizza una vera comunicazione di vita.

La solitudine peggiore sta nel non poter comunicare se stessi ad altri. Questo bisogno di scambio di pensieri e di stati affettivi è insito nell'uomo e nasce dal bisogno di cercare negli altri il completamento di se stessi nella consapevolezza dei propri limiti.

Il processo comunicativo inizia quando una persona ne incontra un'altra; non ha importanza se la comunicazione è verbale o non verbale; ambedue le modalità possono costituire l'occasione di un breve incontro o l'inizio di un rapporto di comunicazione nel tempo.

Emerge così la duplice tipologia di COMUNICAZIONE:

1) **VERBALE**

2) **NON VERBALE**

Oltre a comunicare un messaggio con parole, si può comunicare il "non detto", attraverso altre modalità.

Le comunicazioni non verbali sono per lo più involontarie e quindi meno controllabili rispetto a quelle verbali.

Possiamo così distinguere i seguenti mezzi di comunicazione:

1) **LA PAROLA**: quale costante bisogno dell'uomo di capire e farsi capire, di uscire da sé e andare verso l'altro.

2) **IL PARALINGUAGGIO**: si parla lentamente, in modo incerto, irregolare, si modula la voce ecc. si urta contro i propri limiti (il riserbo-la timidezza-il pudore)

3) **IL CORPO**: tensione muscolare, respirazione accelerata

4) **IL VOLTO**: in certe espressioni del volto affiora l'inconscio, la parte più profonda di sé (basti pensare agli occhi, allo sguardo).

5) **LA POSIZIONE**: in piedi, accanto, protesi, distanti.

6) **L'UDITO**: inteso come attenzione ai suoni non verbali, quali il sospiro, il silenzio, le pause ecc.

7) **L'ATTEGGIAMENTO**: fumare, mordersi le unghie, muoversi in continuazione.

8) I GESTI: si comunica anche con la gestualità in particolare con chi ha deficit neurosensoriali o handicap.

9) IL TATTO: il contatto fisico fra due persone può essere strumentale, oppure spontaneo ed affettivo (dalla mano sulla spalla per incoraggiare, alla stretta di mano, all'abbraccio d'accoglienza e condivisione di un momento difficile).

Il processo di comunicazione tuttavia non sempre ottiene il risultato sperato.

Occorre innanzitutto tener presente l'oggetto dell'ascolto: il dolore.

L'atteggiamento fondamentale, nei confronti di una persona che soffre, non consiste nell'abbondanza di parole e consigli, ma nella disponibilità all'ascolto.

Al silenzio interiore, necessario all'ascolto, deve unirsi anche un linguaggio essenziale

Di condivisione che dovrebbe caratterizzare anche il rapporto terapeutico.

Una medicina attenta alla persona è anche una medicina del "curante" oltre che del "curato"!7

Quali dunque possono essere le difficoltà che s'incontrano nel processo comunicativo

DIFFICOLTA' COMUNICAZIONE

Una difficoltà può essere il grado d'informazione che il pz. Ha della sua malattia; questo condiziona notevolmente la comunicazione. Il malato si rende conto delle eventuali risposte elusive alle sue specifiche domande. Eppure il processo terapeutico, per quanto possibile, dovrebbe avere il malato come figura centrale e collaboratore principale delle modalità terapeutiche. Invece la tendenza a celare certe diagnosi, con l'aiuto dei familiari, si trasforma in una vera e propria "congiura del silenzio", che costringe il malato a recitare la commedia della guarigione fino all'ultimo, senza la possibilità di esprimere le proprie ansie e paure. Non c'è niente di peggio delle briciole d'informazione, date con gesti, parole contraddittorie, occhiate tra parenti, amici ed operatori sanitari. In ospedale come in casa, parole e bisbigli attraversano le pareti della camera; l'usanza del silenzio è spesso più crudele della verità! Inoltre spesso la sensazione che il paziente non si accorga di nulla, è più una sensazione desiderata per coloro che lo circondano, che un evento reale. L'altra difficoltà può essere legata al fatto che spesso non ascoltiamo ciò che ci viene detto, presumendo già di saperlo; udiamo solo ciò che vogliamo ed ascoltiamo solo ciò che coincide coi nostri obiettivi, cessando di ascoltare non appena abbiamo "classificato" l'interlocutore. Tentazioni queste che sono anche del malato, il cui comportamento è peraltro condizionato dal tipo di risposta che riceve a fronte della sua richiesta d'aiuto.

A titolo esemplificativo la **tipologia delle sue risposte** potrà essere la seguente:

1) RISPOSTA VALUTATIVA: tende ad indicare all'interlocutore ciò che dovrebbe o non dovrebbe fare.

2) RISPOSTA INTERPRETATIVA: tende a dare una propria spiegazione per aiutare la persona a comprendere ciò che sta vivendo.

3) RISPOSTA DI SUPPORTO: vuole offrire un incoraggiamento, una consolazione all'interlocutore per ridurre la sua ansia.

4) RISPOSTA INVESTIGATIVA: tende a raccogliere ulteriori informazioni per approfondire ulteriormente il problema.

5) RISPOSTA DI SOLUZIONE IMMEDIATA DEL PROBLEMA: vuole offrire consigli e suggerimenti alternativi per risolvere velocemente il problema.

6) RISPOSTA EMPATICA: è il risultato di un processo d'ascolto attivo, che presuppone la capacità di mettersi dalla parte del malato e della malattia.

Fra tutte, solo la risposta empatica permette a chi soffre di sentire intorno a sé una comprensione ed una risposta coerenti al suo bisogno fondamentale di parlare di sé.

D'altra parte, accompagnare qualcuno non vuol dire precederlo, indicargli la strada, ma piuttosto camminare al suo fianco, stargli accanto, lasciandolo libero di scegliere il percorso ed il ritmo del suo passo.

Al termine di questo percorso il malato da "patients" potrà così divenire "agens", cioè persona che pur malata sarà sempre capace di dare ed il medico avrà, da un lato elaborato i suoi limiti umani, dall'altro i limiti della professione, sfuggendo così alla subdola convinzione che esista la possibilità di una "onnipotenza terapeutica" o di un totale distacco dalla sofferenza, come fosse esclusiva sofferenza altrui!

Allora quali le Strategie ideali? Possiamo individuarne almeno 2:

STRATEGIE

1) PERSONALIZZARE L'ASSISTENZA:

Personalizzare l'assistenza vuol dire considerare unico ogni paz. E dargliene la sensazione. Ma come fare quando ogni giorno si vedono decine e decine di paz.? Un modo sta nel considerare la persona che si ha di fronte come fosse l'unica della giornata (senza pensare al paz. Prima né a quello dopo).

2)CONSIDERAZIONE: considerare il paz. Come noi stessi (come vorremmo essere trattati ed ascoltati noi). E' un atteggiamento rivoluzionario rispetto a quello di porsi di fronte al paz. Come un datore di servizi.

Dunque nessuna preferenza né distinzione (tra patologie più o meno interessanti, persone collaboranti o resistenti, simpatiche o antipatiche), ma tutti i paz. Hanno lo stesso diritto alla nostra attenzione. Il medico non può aspettarsi che sia il paz. A comportarsi in modo "ideale"; sta a noi prendere l'iniziativa che faccia avvertire Il nostro interessamento e desiderio di essergli d'aiuto. Questo atteggiamento facilita il rapporto di fiducia facendo scaturire una reciprocità ed una conseguente alleanza terapeutica.

Premessa a tutto questo è la capacità d'ascolto, che va ben oltre il semplice udire.

Infatti se l'**UDIRE** si esaurisce a livello della funzione uditiva e si attua anche senza la volontà della persona, **ASCOLTARE** significa invece percepire non solo le parole, ma anche i pensieri, lo stato d'animo, il significato personale e profondo del messaggio trasmesso. Per **ASCOLTARE**, occorre staccarsi dai propri interessi, dai propri schemi mentali, per introdursi gradualmente e con rispetto nel mondo dell'altro. Perché cresca una buona capacità d'ascolto è necessario un atteggiamento spesso difficile da mettere in pratica, pur rappresentando una condizione indispensabile per l'ascolto: si tratta della sospensione del giudizio, che significa astenersi da valutazioni di approvazione o disapprovazione e quindi da affrettate conclusioni!

L'ascolto richiede di tacere; soprattutto di far tacere la propria comunicazione intrapsichica, cioè il nostro vissuto, che colui che parla ridesta in noi.

Oltre al silenzio di chi ascolta, deve esserci spazio anche per il silenzio dell'altro, poiché a volte, col suo silenzio vuole dirci che ha bisogno di riflettere o che si sente bloccato per qualcosa che ha colto in noi o nell'ambiente, oppure vuole semplicemente il nostro aiuto a parlare (ad esempio ponendo qualche domanda).

Una tale relazione, sostanziata di ascolto ed accoglienza costituirà per entrambi (medico e paziente) una preziosa esperienza di vita.

Essere al servizio del malato, vuol dire prendersi carico di quella persona, interessarsi a lei, comunicare, ascoltare, comprendere. La persona malata si attende da chi lo cura non soltanto un farmaco, un atto terapeutico, la salute, ma piuttosto un'assistenza che sia destinata a lei come Persona. Una **RELAZIONE D'AIUTO** deve pertanto prevedere i seguenti interventi:

- 1) aiutare la persona a sviluppare una relazione di fiducia; il malato non può riporre la sua fiducia nella tecnica e nella medicina, ma nelle persone che lo curano.
- 2) aiutare la persona a mantenere il controllo della sua vita.
- 3) aiutare la persona a conservare la stima di sé.

Sono questi gli interventi necessari affinché la persona, anche quando il ritorno al benessere fisico si fa sempre più incerto, non cada nella disperazione, lasciandosi andare al proprio destino.

Occorre superare l'idea che ci sia un universo di "sani" che si occupa di un universo di "malati". 9 In un recente romanzo italiano, dal titolo "Cosa sognano i pesci rossi"(ove i pesci rossi sono i pazienti chiusi negli ambienti vitrei di un reparto di Terapia Intensiva), l'autore (Direttore di un Reparto di Anestesia e Terapia Intensiva) descrive la figura di un medico: "...chirurgo di discrete capacità tecniche, ancora in fase di crescita professionale; uno di quei pochi medici che se gli venisse posta la domanda classica: --ma perché hai studiato medicina?- potrebbe sinceramente rispondere: Perché volevo guarire la gente." Sì, gli piace la gente, gli piace la vita e la gente è vita. Gli piace ascoltare la gente ed è sempre disponibile per tutti. Ogni malato che non guarisce non è una sconfitta personale, ma è una sconfitta della vita e la vita non può essere sconfitta. E non è certo un asceta o un santo e nemmeno un missionario. Gli piace curare le persone....sembra quasi incredibile! 10

Ho evitato di narrare fatti legati all'esperienza personale, per dare un taglio più oggettivo alla relazione, cercando solo di mettere in luce il cuore, l'anima della nostra professione, ovvero quello che di più intimo ci coinvolge e ci appartiene: la Persona nella sua pienezza. A ciascuno di noi la capacità di scorgere nel proprio vissuto quotidiano le esperienze che ci accomunano .

Vorrei chiudere consigliando la lettura di 2 libri in cui si narra del nostro mondo e che possono aiutarci a riflettere sul valore della nostra professione , nel pieno rispetto della vita umana.

-“Rimanere umani: high.tec e cuore – per una medicina dal volto umano”
Aut. Prof. Dietrich Grunemeier (padre della microterapia)

-“Cosa sognano i pesci Rossi”
Aut. Marco Venturini, medico rianimatore