

La COMUNICAZIONE NONVIOLENTA **creare empatia e stabilire connessione** **in ambito sanitario**

Dott.ssa Lucilla Ricottini
Medico e Counselor esperta in
comunicazione medico-paziente



La comunicazione tra medico/operatore sanitario e paziente rappresenta uno degli aspetti più critici e complessi dell'assistenza sanitaria.

La capacità di instaurare un dialogo efficace ed empatico migliora la qualità delle cure, perché:

- favorisce una migliore adesione alle terapie
- riduce i conflitti
- facilita la comprensione delle indicazioni mediche.

**L'EMPATIA FAVORISCE UNA
MIGLIORE ADESIONE
ALLE TERAPIE**



In ambito sanitario si è rivelata particolarmente utile l'adozione di sistemi di comunicazione empatica.

A differenza di altri approcci comunicativi questo tipo di comunicazione pone un'enfasi speciale sulla comprensione del vissuto del paziente. Non si tratta solo di trasmettere informazioni mediche in modo chiaro, ma di creare un ambiente di cura dove il paziente si sente ascoltato, compreso e supportato.

La comunicazione empatica si distingue da altri stili di comunicazione utilizzati in ambito sanitario, per alcune caratteristiche specifiche. Comunicare empaticamente significa concentrarsi primariamente sulla comprensione e condivisione delle emozioni e delle esperienze dell'interlocutore. L'obiettivo di chi sceglie questa modalità comunicativa è quello creare un legame emotivo , oltre ad un senso di comprensione reciproca.

Il primo passo è quello di mantenere un ascolto profondo e attento, dove il focus è sull'altro. Questo tipo di ascolto viene definito «attivo». Si utilizzano inoltre alcune tecniche specifiche, per assicurarsi di aver compreso correttamente sentimenti e preoccupazioni dell'interlocutore. In pratica si tratta di riconoscere e validare le emozioni dell'altro, mostrando comprensione e supporto senza giudizio. Questo atteggiamento promuove una relazione personale ed autentica

In cosa si differenzia la comunicazione empatica da altre modalità comunicative? Analizziamo altri stili di comunicazione usati in ambito sanitario, al fine di comprenderne caratteristiche ed ambiti di applicazione. Alcune delle tecniche che verranno di seguito illustrate, potranno essere utilizzate anche per una comunicazione empatica.

Programmazione Neuro-Linguistica (PNL)

La PNL utilizza una serie di modelli e tecniche specifiche, atte ad influenzare i processi mentali e comportamentali. Mette il focus sulle mappe interiori che le persone utilizzano per rappresentarsi il mondo e che sono alla base delle loro esperienze interne, intercettandole grazie all'analisi dei pensieri, del linguaggio, e del comportamento.

Il fine è quello di condurre la persona (nel caso specifico: il paziente) a sviluppare abitudini di successo, attraverso l'amplificazione dei comportamenti facilitanti e una limitazione dei comportamenti limitanti. Tra le tecniche utilizzate c'è lo **swish**, in grado di correggere un comportamento immaginando una azione, senza compierla concretamente, e le **ancore positive**, che consistono nel ricordare momenti particolarmente felici, così da indurre stati d'animo piacevoli e positivi

Una componente chiave della PNL è la creazione di rapport (connessione) attraverso tecniche come il mirroring, che consiste nel riflettere il linguaggio del corpo e il tono di voce dell'interlocutore.

Praticando la PNL si realizza una vera e propria Ristrutturazione Cognitiva, in quanto le persone cambiano il modo in cui percepiscono e reagiscono alle situazioni.

La PNL è orientata soprattutto agli obiettivi e ai risultati concreti, ottimizza le performance e migliora le capacità comunicative delle persone. Può fornire al medico strumenti utili per motivare il paziente al cambiamento degli stili di vita e al recupero della fiducia.

La Comunicazione Direttiva

Viene utilizzata in ambito sanitario soprattutto per fornire informazioni chiare e precise riguardo diagnosi, trattamenti e procedure. L'obiettivo principale è l'efficacia della trasmissione delle informazioni.

Priorità di chi utilizza questo stile comunicativo è la chiarezza, pertanto vengono privilegiate la struttura del discorso e la comprensibilità delle informazioni date ai pazienti.

Anche se può includere componenti empatiche, la comunicazione direttiva mette un minore focus sulle emozioni e la principale preoccupazione del sanitario, in questo caso, è garantire la precisione e l'accuratezza delle informazioni fornite. Lo stile direttivo mantiene l'ordine gerarchico, si adatta maggiormente a situazioni istituzionali e non è di grande aiuto per costruire un rapporto fiduciario tra medico e paziente.

La Comunicazione Persuasiva

Si basa sul convincimento e mira soprattutto ad influenzare le opinioni, le credenze o i comportamenti dell'interlocutore. Viene utilizzata dall'operatore sanitario, anche in maniera spontanea, per motivare i pazienti a seguire determinati trattamenti o cambiamenti nello stile di vita. In questo caso il sanitario usa tecniche retoriche per persuadere e convincere l'altro, focalizzandosi su argomenti logici, etici ed emotivi. Il tono è paternalistico.

In sintesi: la comunicazione empatica si distingue da altre tipologie di comunicazione, per il suo approccio centrato sulle emozioni e sulle relazioni umane. Infatti la PNL ed altri stili di comunicazione utilizzano tecniche più strutturate e orientate ad obiettivi specifici e a risultati di tipo comportamentale.

Per comunicare empaticamente è condizione necessaria, anche se non sufficiente, mettersi in uno stato di disponibilità all'ascolto; gli aspetti tecnici sono scarsi, va piuttosto sviluppata un'attitudine.

La relazione empatica può essere considerata **un processo interpersonale**. Il primo ad aver parlato di empatia nelle relazioni di aiuto è stato lo psicologo americano Carl Rogers:

"percepire lo schema di riferimento interiore di un altro con accuratezza e con le componenti emozionali e di significato ad esso pertinenti, come se una sola fosse la persona"

(Rogers 1959).

«... ma se questa qualità di “come se” manca, allora lo stato è quello dell'identificazione.» (*Rogers 1959*)

Rogers ci ricorda che un giusto confine permette di mantenere consapevolezza della propria identità e garantisce agli interlocutori l'accesso alle proprie risorse. L'empatia arricchisce anche chi la dà, mentre l'identificazione apre la strada al burn-out.

Come riconoscere un professionista empatico:

- ✦ usa parole in sintonia con quelle del paziente
- ✦ è capace di immedesimarsi con il paziente e di comprenderne i sentimenti;
- ✦ dimostra con la voce e con l'atteggiamento del corpo di condividere le emozioni del paziente.

La relazione empatica è un'esperienza «terapeutica».

Il miglioramento che si ottiene con l'instaurarsi di una buona relazione sanitario-paziente si può ascrivere ad una risposta della PNEI, ovvero del sistema psico-neuro-immuno-endocrino del paziente stesso.

Possiamo quindi concludere che l'operatore sanitario capace di empatia promuove attivamente la salute dei propri assistiti.

L'empatia si manifesta sia con la comunicazione attiva (comunicazione verbale), che con la comunicazione passiva (comunicazione non verbale).

1. La “comunicazione verbale”: esprime contenuti ed è fatta di parole
2. La comunicazione “non verbale”: rivela maggiormente i vissuti con il paraverbale, con i gesti, ma anche con la prossemica e i microcomportamenti

1- La comunicazione verbale.

In ambito sanitario il linguaggio trasmette informazioni di cura. Proprio per questo il linguaggio va semplificato, in modo da renderlo adeguato al livello culturale e alla possibilità di comprensione del paziente. Di grande importanza l'abolizione dei termini tecnici (o comunque la loro decodifica), la semplificazione dei concetti e la chiarezza delle indicazioni terapeutiche. Tutti elementi indispensabili per una connessione empatica.

Infatti, se il paziente non comprende quello che il sanitario sta dicendo, difficilmente sperimenta l'ascolto di cui ha bisogno per fidarsi e affidarsi.

In termini pratici: se il linguaggio non è chiaro non si stabilisce una vera connessione, si riduce la compliance alla terapia ed aumenta sensibilmente il rischio di fallimento terapeutico.

« Definiamo *compliance* la misura in cui il comportamento del paziente, in termine di assunzione di farmaci, mantenimento di una dieta o di altre variazioni dello stile di vita, coincide con le prescrizioni del medico»
(Sackett, 1979)

In realtà la compliance riguarda tutto l'iter diagnostico che si accompagna al trattamento. Anche la riabilitazione, quando prescritta, dà buoni risultati a fronte di una buona adesione al progetto.

«La ridotta o mancata aderenza alle prescrizioni del sanitario si associa, inevitabilmente, a risultati terapeutici più scarsi, a progressione della patologia e infine a costi finanziari altissimi per il sistema sanitario.» (McGuire, 2014)

2- La comunicazione non verbale

Si distinguono alcune componenti :

- Paraverbale (timbro, tono, volume, ritmo e pause della voce)
- Cinesica (postura, gestualità, sguardo, espressioni facciali)
- Prossemica (occupazione dello spazio)
- Aptica (contatto fisico)

La prossemica e l'aptica sono campi nei quali le differenze culturali rivestono un ruolo cruciale: ad esempio la «zona intima» è molto ridotta nelle popolazioni che vivono in climi caldi, mentre diventa molto ampia per le popolazioni che vivono in climi più freddi. Varia molto, da cultura a cultura, anche la quantità di contatto fisico presente nei rapporti interpersonali. In una società multi-etnica è fondamentale conoscere queste differenze.

Il sanitario che riesce a praticare con il proprio paziente una comunicazione passiva e una comunicazione attiva in modo congruo e coerente, realizza quello che viene definito «ascolto attivo» .

“ L’ incapacità dell’ uomo di comunicare è il risultato della sua incapacità di ascoltare davvero ciò che viene detto” Carl Rogers

Per realizzare un “ascolto attivo” efficace è necessario:

- 1) Sospendere il giudizio (ha ragione..ha torto?)
- 2) Mettersi nei panni dell'altro (qual è il suo punto di vista?)
- 3) Ascoltare attentamente (anche i silenzi aiutano a capire ...)
- 4) Dimostrare empatia
- 5) Verificare la comprensione dei contenuti logici, ma anche della relazione

In questo modo il paziente potrà sentirsi accettato e ben protetto. Ogni paziente desidera essere considerato in modo globale, desidera essenzialmente essere «ascoltato» prima che «diagnosticato».

Alcuni operatori sanitari ritengono di aver espletato il proprio compito nel porre la diagnosi e prescrivere la terapia, pertanto è come se dicessero al paziente « lo ti dico cosa fare, se non lo fai il problema è solo tuo».

Questo atteggiamento è fallimentare ai fini della relazione e, conseguentemente, dell'efficacia della terapia.

In ambito sanitario il malato rimane comunque una persona e, come tale, va considerato nella sua globalità fisica e psichica (*Quadrino, 1993*)

Sono davvero molti i benefici che l'empatia apporta in ambito terapeutico/ sanitario:

- ✦ aiuta a creare un ambiente " sicuro" nel quale il paziente può rilassarsi e aumentare la collaborazione.
- ✦ facilita il paziente nel raccontare la propria storia; il paziente può andare maggiormente in profondità e questo aiuta il medico nella raccolta dei sintomi per la diagnosi

- ✦ contribuisce a ridurre lo stress dell'operatore sanitario, perché nel praticarla aumenta anche l'empatia verso se stessi.
- ✦ consente la comprensione dell'altro sia attraverso la percezione immediata che attraverso operazioni cognitive

Inoltre, per coloro che hanno sperimentato nell'infanzia gravi fallimenti empatici, l'empatia è direttamente curativa perché offre un tipo di relazione che sostituisce quella fallimentare.

Le tecniche dell'ascolto attivo

Parafrasi e riformulazione

Per creare con il paziente un rapporto empatico, è fondamentale che il medico sappia praticare l'ascolto attivo. Questo tipo di ascolto richiede una costante attenzione a tutti quei segnali non verbali che potrebbero indicare un'incomprensione, in modo da stabilire una sintonia condivisa con il paziente.

Per assicurarsi di comprendere sia i contenuti sia la qualità della relazione che si sta costruendo, si utilizza la tecnica della parafrasi. Questa tecnica consiste nel fornire un feedback al paziente, attraverso la riformulazione di quello che ha detto.

La parafrasi, termine derivante dal latino "paraphrasis" è il processo con il quale si modifica il registro di un testo pur mantenendone la somiglianza o la riconoscibilità rispetto all'originale. Parafrasare implica riuscire ad esprimere con parole proprie ciò che è stato detto, ovvero riproporre gli stessi concetti utilizzando termini diversi. Il contenuto deve rimanere invariato rispetto al messaggio originale, cambiano solo le parole usate.

La parafrasi o riformulazione non deve mai contenere deduzioni o conclusioni, piuttosto è necessario verificare sempre la correttezza del contenuto.

La riformulazione è pensata per favorire la libera espressione della persona con cui si sta comunicando "rendendo più probabile allo stesso tempo una corrispondente comprensione da parte dell'operatore" (*Mucchielli, 1983*).

La riformulazione, in breve, è l'abilità del medico di ripetere con parole diverse quanto riferito dal paziente. Si tratta di un doppio feedback comunicativo, che consente al medico di verificare la corretta comprensione e al paziente di percepire il messaggio non verbale: 'Ti ascolto e sono interessato a comprenderti'."

Il messaggio verbale funge da specchio per il paziente, il quale inizia a percepirsi in una prospettiva diversa dal proprio mondo soggettivo. La riformulazione diventa così uno strumento cruciale che offre al soggetto l'opportunità di riconsiderare la propria situazione da un altro punto di vista (*Mucchielli, 1983*), di aumentare il proprio stato di consapevolezza rispetto al problema di salute e, infine, di fornire ulteriori informazioni utili alla diagnosi.

Attraverso la tecnica della riformulazione, il medico verifica di aver compreso correttamente i significati autentici della comunicazione del paziente, i quali possono essere confermati o corretti da quest'ultimo. Il medico stabilisce una relazione con il paziente evitando di fare ipotesi, giudizi o valutazioni. A volte esprime le proprie riflessioni sotto forma di domanda, mantenendole aperte per promuovere e facilitare la comprensione e l'approfondimento dell'argomento da parte del paziente

Ecco un esempio di frasi tipo che contengono una domanda indiretta:

1. «Vorrei essere sicuro di aver compreso correttamente ciò che mi ha detto.»
2. «Non sono del tutto sicuro di aver ben recepito il senso di quanto lei ha voluto comunicarmi.»

Queste frasi sono utilizzate per chiarire e verificare la comprensione della comunicazione tra le parti coinvolte.

E' possibile riformulare utilizzando le stesse parole oppure parole diverse da quelle usate dall'interlocutore.

Pertanto sono descritte tre diverse modalità di riformulazione:

- 1) riformulazione semplice o di chiarificazione del significato.
- 2) riformulazione ampliata o riformulazione del sentimento.
- 3) riformulazione riassuntiva.

1) riformulazione semplice o di chiarificazione del significato.

Questa può essere:

- riformulazione “eco”, con la quale si ripetono solo le ultime parole del paziente;
- riformulazione “riflessa”, che consiste nel ripetere le stesse parole del paziente.

La riformulazione semplice viene utilizzata per verificare la comprensione dei contenuti concettuali della comunicazione.

Costituisce una sorta di tracking che può tranquillizzare il paziente, rassicurandolo sulla qualità dell'ascolto, mentre conferma al medico che la relazione si sta consolidando.

2) reformulazione ampliata o riformulazione del sentimento. Con questo tipo di riformulazione si coglie anche il significato emotivo e lo si rimanda al paziente.

E' particolarmente difficile per l'agevolatore trasmettere adeguatamente i contenuti emotivi, anche perché deve farlo in modo tempestivo.

Secondo Rogers, infatti, se il sentimento non viene riconosciuto immediatamente, è improbabile che possa essere espresso nuovamente con la stessa naturalezza e intensità.

Inoltre, i sentimenti del paziente possono essere espressi in maniera oscura o contraddittoria (*Di Fabio, 1997*) e non sempre risulta facile comprenderli.

3) riformulazione riassuntiva. Serve a fare il punto della situazione.

Il sanitario inizia la frase con "quello che mi sta dicendo si potrebbe sintetizzare con....?"
Tende quindi a riformulare ciò che ritiene primario e fondamentale per il paziente e si presuppone che sia riuscito a cogliere l'essenza di quanto comunicato. Questo determina la differenza dall'interpretazione (*Mucchielli, 1983*).

La riformulazione riassuntiva può essere utilizzata per verificare la comprensione di un racconto anamnestico, fatto dal paziente. Ma può anche essere utile al termine della visita, al momento di fornire le indicazioni terapeutiche: costituisce un riassunto efficace che rimanda agli appuntamenti successivi.

Il sanitario può anche **rispondere** in maniera empatica alle richieste del paziente.

Abbiamo diversi tipi di *risposta empatica*:

- **risposta di comprensione empatica:**
serve per comunicare la comprensione del terapeuta/medico.

«Capisco che questa situazione possa essere molto stressante per Lei. E' normale sentirsi così quando si vorrebbe un recupero immediato»

➤ **risposta di affermazione empatica:** trasmette al paziente di essergli veramente accanto e di comprendere come si possa sentire in quella specifica situazione.

«Capisco, questa situazione è davvero molto stressante. Desidero che Lei sappia che sono qui per supportarla e che, insieme ai miei colleghi, faremo del nostro meglio per semplificarle il quotidiano.»

➤ **risposta di evocazione empatica:**
rafforza l'esperienza in modo che il
significato diventi più chiaro.

«Riesco solo ad immaginare quanto possa
essere doloroso per Lei non controllare una
funzione così importante.

Vorrebbe raccontarmi invece qualche bel
momento recente ?»

➤ **risposta di esplorazione empatica:** si focalizza l'attenzione sui sentimenti e sulle valutazioni.

«Mi sembra di capire che Lei si sente frustrato, perché non sta vedendo i risultati che sperava. Le va di raccontarmi nel dettaglio cosa si aspettava dalla terapia?»

➤ **risposta con congetture empatiche:** si fa emergere il significato implicito di quello che il paziente sta dicendo, facendo delle ipotesi.

« Capiisco, potrebbero esserci delle cose che le creano stress al momento? Possono essere le preoccupazioni per il suo lavoro o magari c'è qualcos'altro che le sta pesando? »

Per evitare qualsiasi tipo di interpretazione, che non gioverebbe alla costruzione di un rapporto empatico, il sanitario può utilizzare frasi come:

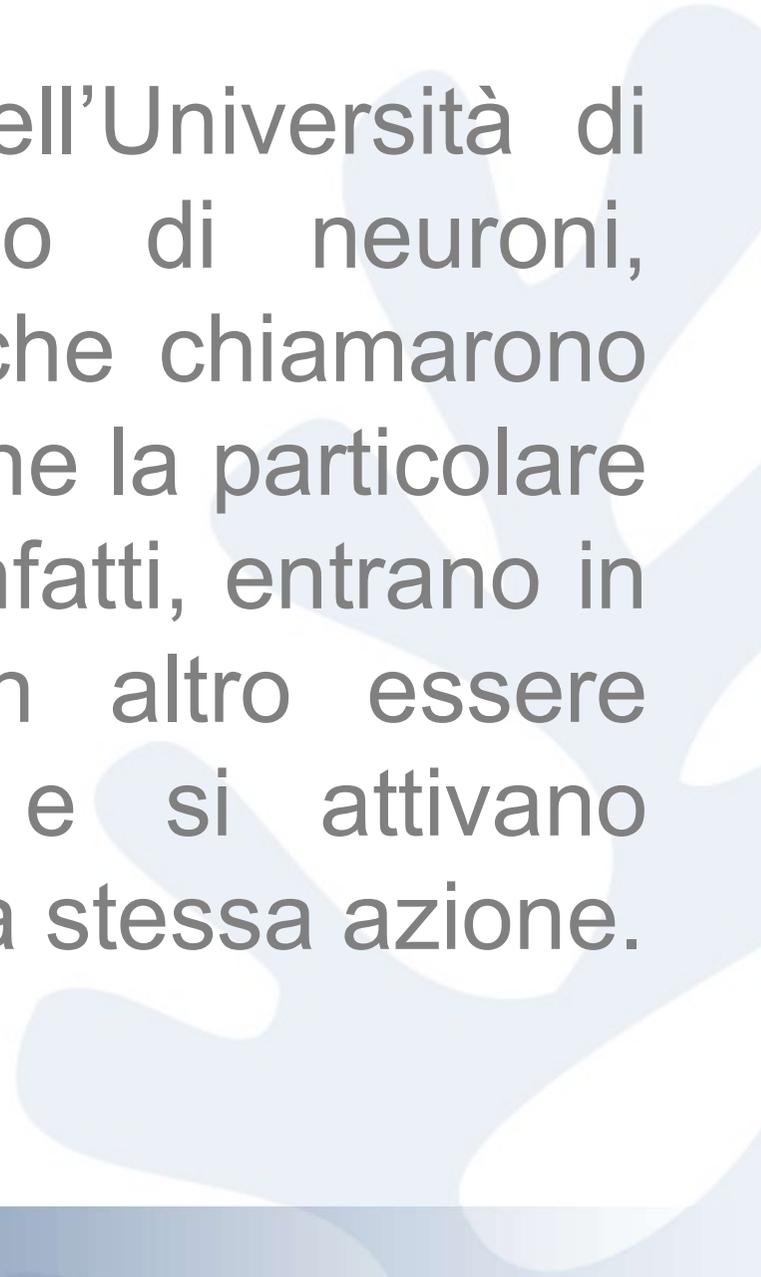
- ✦ “Se ho ben capito.....”,
- ✦ “Mi pare di capire che lei vorrebbe ... è corretto?”
- ✦ “Intende dire che ...?”

E' importante che le frasi utilizzate lascino aperta al paziente la possibilità di confermare o negare quanto gli è stato proposto.

Il sanitario offre uno stimolo che, spesso, porta il paziente ad un livello di riflessione più profonda, avviando così un processo di comprensione che agevola il cambiamento, oppure l'accettazione.

IL MIRRORING

Nel 1995 alcuni ricercatori dell'Università di Parma individuarono un tipo di neuroni, localizzati nell'area di Broca, che chiamarono neuroni specchio per descriverne la particolare funzione. I neuroni specchio, infatti, entrano in gioco quando osserviamo un altro essere umano compiere un'azione e si attivano quando siamo noi a compiere la stessa azione.



Grazie all'esistenza dei neuroni specchio siamo capaci di empatia e riusciamo a metterci «nei panni» degli altri. Attraverso il sistema dei neuroni specchio, le azioni compiute da un individuo diventano subito comprensibili ad altri individui, senza che ci sia una mediazione cognitiva.

Secondo alcuni autori (Gallese et al.) alla base dell'Empatia ci sarebbe un processo neurologico definito "simulazione incarnata." Percepire un'azione, comprendendone il significato, equivale a simularla internamente. Questa "simulazione incarnata" equivale all'empatia, perché porta a comprendere il significato emotivo dell'espressione di un altro vivendo un'emozione simile alla sua. I neuroni specchio sarebbero dunque indispensabili per l'empatia.

L'empatia ci porta a comprendere le azioni altrui perché si fonda **proprio** sulla capacità (fisiologica e cognitiva) di individuare negli altri le somiglianze con il nostro modo di essere, ma anche sulla capacità di riprodurre i comportamenti degli altri così da percepire le loro emozioni. Ecco allora che, grazie alle funzioni di particolari neuroni, sviluppiamo naturalmente una «postura» empatica ed aumentiamo le probabilità di connessione con gli altri.

Il tipo di funzione esercitata dei neuroni specchio è sintetizzata nel termine «mirroring» (specchio in inglese si dice «mirror»).

L'obiettivo di questa funzione è quello di metterci sulla stessa lunghezza d'onda dell'altro con la postura e i comportamenti, al fine di creare un rapporto di sintonia ed empatia.

Quando una persona regola l'espressione del viso e altri comportamenti non verbali per allinearsi con gli altri, sta effettivamente utilizzando lo stesso schema di attivazione cerebrale dell'altra persona. Quando i neuroni specchio rispondono e copiano le azioni dell'interlocutore rendono possibile la percezione di ciò che l'altro sta provando. Il risultato è quello che i ricercatori nel campo della psicologia chiamano "contagio emotivo".

Ad ulteriore conferma del ruolo giocato dai neuroni specchio nell'empatia, abbiamo crescenti evidenze scientifiche che, nelle sindromi di spettro autistico e nella sindrome di Asperger in particolare, sono presenti anomalie nell'attività da questi neuroni.

Il fenomeno del mirroring non riguarda solo la postura e i comportamenti, ovvero la comunicazione non verbale, ma coinvolge anche gli altri aspetti della comunicazione. Sappiamo che gli aspetti comunicativi sono tre: verbale, paraverbale, non verbale. Il mirroring avviene pertanto a tutti i livelli comunicativi.

Possiamo affermare che il mirroring è di due tipi: fisico e verbale.

Il mirroring fisico cerca di mimare i movimenti del corpo, l'espressione del volto e la postura .

Il mirroring verbale cerca le similitudini del linguaggio e, nella scelta delle parole, pone attenzione al canale rappresentazionale che ciascuno utilizza di preferenza nel comunicare (visivo, uditivo, cenestesico).

Il linguaggio umano si è potuto sviluppare proprio in virtù di questa innata abilità imitativa.

I ricercatori hanno cercato di stabilire quanto le tre componenti della comunicazione fossero importanti. Argyle e Mehrabian attribuirono all'aspetto verbale della comunicazione (contenuto delle parole) solo il 7% di importanza, alla comunicazione paraverbale (tono della voce ecc...) il 38% e alla comunicazione non verbale (movimenti del corpo) il 55%. In sintesi il 93% del processo comunicativo si basa sulla comunicazione non verbale.

Il mirroring fisico è più efficace per creare empatia e connessione, quello verbale per costruire la relazione.

Il mirroring verbale appare di grande utilità nelle comunicazioni professionali, dove è necessario essere chiari e mostrare comprensione dei contenuti.

La tecnica di riformulazione semplice è un esempio di utilizzo del mirroring verbale.

E' ormai ampiamente documentato quanto il mirroring sia efficace per stabilire connessione tra due o più persone. Numerosi studi hanno evidenziato come, in una conversazione di successo, sia il volume, la velocità del parlato che il tono della voce delle persone, si accordino perfettamente.

Inoltre, dalle videoregistrazioni si evince con chiarezza che movimenti come un sorriso o un cenno del capo sono involontariamente imitati dall'altra persona entro 1/15 di secondo.

Diapositiva 66

A1

chi è? non sono riuscita ad individuare su internet

Autore; 24/03/2015

E' possibile, per l'operatore sanitario, realizzare una comunicazione efficace, armonizzando il tono della propria voce con quello del suo interlocutore, rispettandone le pause e utilizzando un linguaggio sempre molto chiaro.

E' importante che il professionista sia a conoscenza delle **modalità comunicative fallimentari**, le quali producono il risultato di allontanare l'interlocutore invece di avvicinarlo. Un dialogo fallimentare genera problemi nell'adesione alla terapia da parte del paziente e aumenta il rischio di fallimento terapeutico. In un dialogo, come scriveva il filosofo Ludwig Wittgenstein, "le parole sono come pallottole", pertanto è necessario **evitare alcune trappole comunicative**

Modalità comunicative fallimentari

- interrompere l'interlocutore
- essere fermamente convinti delle proprie ragioni.
- proporre all'altro le proprie opinioni e sensazioni senza dargli la possibilità di esprimersi.
- affermare le proprie idee prima di aver ascoltate e valutate quelle dell'interlocutore
- puntualizzare
- recriminare
- fare prediche
- biasimare

In questo modo non si entra in contatto con l'altro

Quali sono in sintesi le **modalità comunicative positive/vincenti**?

Sono quelle che consentono di realizzare un dialogo strategico:

- *completare la frase del paziente*. Uno dei modi per mantenere un focus condiviso di attenzione tra operatore sanitario e paziente è quello di ricorrere ai "completamenti comunicativi".

Si ha un completamento quando una persona sta cercando di spiegare qualcosa e l'altro completa la frase trovando le parole al posto suo. In questi casi si produce proprio una costruzione di significato da parte di entrambi partecipanti.

- *domandare piuttosto che affermare*, ponendo alternative ipotetiche di risposta (Esempio: “è così .. oppure ..?” “pensi che .. oppure che?”)
- *chiedere verifiche piuttosto che sentenziare*: con una sorta di parafrasi riassuntiva preceduta da "correggimi se sbaglio".

- *evocare piuttosto che spiegare: si aggiunge un'immagine che rinforzi a livello emotivo quei concetti espressi a livello razionale, dichiarando le sensazioni che sentiamo di aver provato. Un esempio: “Mi piacerebbe sentirle dire che assumere questo farmaco è diventata per lei una tranquilla abitudine, come lavarsi i denti dopo aver mangiato.”*

- *stimolare un comportamento salutare.*
La possibilità di contribuire positivamente al cambiamento dello stile di vita del paziente, costituisce uno dei massimi obiettivi di ogni medico.

La procedura
in sintesi è →

- domandare
- parafrasare le risposte
- utilizzare immagini evocative
- riassumere parafrasando
- orientare verso l'azione.

In fondo, il fine ultimo di ogni medico e di ogni operatore sanitario è quello di orientare il paziente verso l'azione. Ogni incontro si conclude infatti con una prescrizione, sia essa relativa ad una pratica o alla modifica dello stile di vita.

Sono sempre più numerosi gli studi che mostrano che, laddove si è stabilita una connessione emotiva tra medico e paziente, quest'ultimo aderisce maggiormente alla terapia necessaria per la guarigione.

Se poi la visita si conclude con un breve Report, sul modello delle riunioni aziendali, scritto o verbalizzato con il paziente, l'efficacia della prescrizione/indicazione terapeutica aumenta in maniera significativa.

Le indicazioni scritte diventano preziose per ricordare una serie di passaggi da effettuare in una certa sequenza, per schematizzare un protocollo terapeutico complesso.

Carta e penna sono indispensabili per scrivere la lista delle operazioni che il paziente dovrà compiere in seguito, per proprio conto: un supporto scritto per le procedure da seguire.

Inoltre sono spesso utili carta e penna per illustrare con un disegno gli organi di cui si sta parlando con il paziente. Le immagini si fissano meglio nella memoria, soprattutto se il paziente ha una forte componente visiva.

E' fondamentale che il sanitario utilizzi sempre un linguaggio chiaro, privo di tecnicismi (ove indispensabili, questi andranno accuratamente spiegati).

Il paziente si trova a proprio agio con chi gli spiega con chiarezza e con pazienza il quadro clinico.

Sono sempre più numerosi gli studi che mostrano una migliore risposta alle terapie quando la comunicazione fluisce in modo chiaro ed empatico. Laddove si stabilisce una connessione emotiva tra operatore e paziente, la guarigione è più facile perché il paziente avverte l'interesse di chi si occupa della sua salute.

In questa seconda parte, vedremo come applicare le informazioni e le conoscenze fin qui acquisite, applicandole a due tecniche particolarmente utili al medico :

1- La Comunicazione NonViolenta di Marshall Rosenberg

2-Il Colloquio Motivazionale (in inglese: Motivational Interview)

LA COMUNICAZIONE NONVIOLENTA (CNV)

E' un linguaggio più che una tecnica, sviluppato dallo psicologo americano Marshall Rosenberg sulla base dell'**Approccio Centrato sulla Persona di Carl Rogers**, altro grande psicologo americano di cui Rosenberg era estimatore e collaboratore. Il merito di Rosenberg è stato quello di sviluppare i principi di tale approccio in modo più strutturato, fruibile all'interno di una comunicazione. La CNV si fonda su una specifica visione della vita e viene utilizzata da oltre 40 anni per comunicare in situazioni di conflitto (anche reale), nelle mediazioni giuridiche e familiari, nella scuola e negli ospedali, perché attiva l'empatia e permette di contattare «*ciò che è vivo nell'altro*». E' un linguaggio che si può utilizzare ogni volta che si entra in relazione con altri esseri umani!

Per apprezzare pienamente la CNV, ci è utile comprendere cosa ha inteso Rosenberg parlando di comunicazione violenta. La comunicazione diventa violenta quando ci « *aliena dalla vita, attraverso l'uso di giudizi moralistici che implicano il torto o la cattiveria di quelle persone che non agiscono in armonia con i nostri valori. Incolpare, insultare, umiliare, etichettare, criticare, fare paragoni e diagnosticare sono tutti tipi di **giudizi.***»

Quando una persona adegua il proprio comportamento ai nostri valori e bisogni solo perché ha paura di una nostra reazione, o perché si sente in colpa o prova vergogna, pagherà un prezzo emotivo: proverà risentimento e minor autostima e tenderà ad associare la nostra immagine a questi sentimenti negativi. Stimolare un paziente a seguire una dieta utilizzando frasi tipo: «Non ci credo che non ha mangiato! Non mi dica bugie» oppure: « Se non segue le mie prescrizioni è inutile che torni al controllo»

sarà fallimentare; quel paziente tenderà ad interrompere il rapporto di cura.

E' importante distinguere tra «giudizi di valore» e «giudizi moralistici». I primi si riferiscono alle qualità che apprezziamo e riflettono le nostre convinzioni relativamente al modo in cui si può *servire la vita* (M.Rosenberg). Possiamo apprezzare infatti dei comportamenti che sono espressione di impegno, di rispetto, di affidabilità. I «giudizi moralistici» sono invece le valutazioni su persone e comportamenti che non rispecchiano i nostri valori, come ad esempio : «*La pigrizia è negativa. Chi non segue la dieta è pigro*». Se fossimo abituati ad utilizzare un linguaggio empatico e, ancora di più, ad attivare un ascolto empatico dell'altro, potremmo allora parlargli dei nostri bisogni e dei nostri valori senza dargli torto o biasimarlo per le sue azioni. «*Vorrei contribuire al suo dimagrimento e mi piacerebbe che Lei mi dicesse se metterà il suo impegno nel seguire le mie prescrizioni.*»

Il cuore della CNV è nella consapevolezza che tutti gli esseri umani, in ogni momento, cercano con le proprie azioni di soddisfare dei bisogni.

A seconda del mondo da cui si proviene e dalle personali esperienze di vita, ciascuno di noi sceglie determinate «strategie» individuali, piuttosto che altre, per soddisfare i propri bisogni. I bisogni sono universali: tutti condividiamo gli stessi bisogni e questi sono alla base dei sentimenti che proviamo. Quando non siamo coscienti di avere

un determinato bisogno, tendiamo a rimanere in modalità reattiva e ci facciamo guerra sulle strategie. Tutti noi, ad esempio, abbiamo bisogno di libertà, ma per un adolescente essere libero vuol dire «Torno a casa all'ora che mi pare!» e quindi scegliere come strategia la ribellione; per un genitore essere libero vuol dire «Stasera non mi va preparare la cena!»... e leggere un libro.

Quotidianamente ci troviamo in situazioni di conflitto, con noi stessi e con gli altri, che possono generare frustrazione e sofferenza. Sviluppando la capacità di agire e re-agire consapevolmente, noi abbiamo maggiori possibilità di riuscire a risolvere le situazioni difficili e di veder soddisfatti i nostri bisogni. Un linguaggio basato sull'espressione di *sentimenti* e di *bisogni* ci aiuta a concentrarci su come comunicare con gli altri, parlare a noi stessi e ascoltarci.

Possiamo sviluppare, mettendo in pratica la CNV sul lavoro piuttosto che con gli amici o in famiglia, maggiore capacità di:

- mantenere la calma durante una situazione di «conflitto» o tensione
- empatizzare con noi stessi o con gli altri in situazioni difficili
- restare/tornare presenti a noi stessi in situazioni che erano sembrate travolgenti
- aiutare persone in conflitto, intervenendo in maniera formale o informale.

Ci sono alcuni *assunti* alla base della Comunicazione Non Violenta (CNV)

- 1) **Tutti gli esseri umani condividono gli stessi bisogni.**
- 2) **Tutte le azioni che vengono compiute sono tentativi, anche se a volte tragici, di venire incontro a dei bisogni.**
- 3) **I vissuti (emozioni, sentimenti, sensazioni ecc.) indicano bisogni soddisfatti o insoddisfatti.**
- 4) **Tutti gli esseri umani sono in grado di provare compassione.**
- 5) **Gli esseri umani provano gioia nel dare.**
- 6) **Gli esseri umani possono cambiare e cambiano.**

La CNV in azione: 4 Componenti della Comunicazione Non Violenta

Nella terminologia della CNV, esistono quattro componenti da tener presenti quando ci esprimiamo.

- 1. Osservazione:** il fatto, in senso «fotografico», scevro da interpretazioni
- 2. Sentimenti:** sono sensazioni fisiche ed emotive, comprendono le emozioni, ma non sono pensieri né giudizi
- 3. Bisogni:** sono universali, tutti gli esseri umani li condividono; consideriamo «bisogni» anche i valori
- 4. Richieste:** sono fattibili, formulate al presente ed espresse in un linguaggio di azione; sono possibili strategie

Osservazione o Valutazione/ Giudizio?

Quando «osserviamo» qualcosa siamo portati ad interpretare quello che cade sotto i nostri sensi ed il racconto di un evento può essere fatto in modi diversi, solo apparentemente neutrali. Pensiamo ad esempio ad un paziente, il Sig. Rossi, che arriva allo studio medico nell'orario di visite e... il medico non è lì!

Il fatto che il Sig. Rossi osserva è il seguente:

«Sono arrivato in studio nell'orario indicato per le visite ed il medico non era lì»

Una prima versione potrebbe essere arricchita di un avverbio, sufficiente però a comunicare l'irritazione o la sorpresa del Sig. Rossi, il quale dirà:

*«Sono arrivato in studio nell'orario indicato per le visite ed il medico **ancora non era lì**».*

Ma i racconti del fatto potrebbero essere molti di più.

«Sono arrivato in studio nell'orario indicato per le visite ed il medico era in ritardo». Forse il medico era in bagno ed il Sig. Rossi non lo sapeva...

«Sono arrivato in studio nell'orario indicato per le visite e come sempre il medico non c'era». Il medico non c'era stato mai in tutti i giorni precedenti? Ed il Sig. Rossi era andato allo studio proprio tutti, tutti i giorni in modo da poter affermare con sicurezza che il medico era stato assente?

« Questo medico non rispetta i pazienti!!» e così via, in crescendo.

Provate ora ad immaginare di essere voi il medico che riceve quel commento e ad intuire quale potrebbe essere il vostro stato d'animo: sareste forse irritati? Arrabbiati? Oppure sconfortati? Credo che potreste anche sentirvi inadeguati oppure indifferenti. Probabilmente non vi riconoscereste nella descrizione del fatto: magari eravate davvero in bagno, magari in visita domiciliare urgente. O forse si era rotta la vostra auto ed in ogni caso avreste voluto per voi ...

...**Comprensione** per la difficoltà e la fatica della professione medica.
Rispetto per il lavoro di responsabilità che svolgete. **Riconoscimento**
per la qualità delle vostre prestazioni professionali e l'attenzione costante che
offrite ai vostri pazienti. Infine **Leggerezza**.

Avreste quindi desiderato **Empatia**. E cos'è l'empatia, se non il
comprendere cosa è vivo nell'altro? Intuire le emozioni e le sensazioni che
l'altro sta provando, senza necessariamente dividerle. Riconoscere i
bisogni che, soddisfatti o insoddisfatti, hanno provocato sensazioni ed
emozioni nella persona che abbiamo davanti. Provate ora a spingervi un po'
più in là con la vostra immaginazione, così da veder entrare il Sig. Rossi nel
vostro studio e sentirlo dire....

EMPATIA PER SE STESSI PRENDERSI CURA DEI PROPRI BISOGNI (ONESTA')

OSSERVAZIONI

Quando... ieri sono arrivato nel suo studio alle ore 15 e lei non era lì

SENTIMENTI

Mi sono sentito...irritato e sorpreso

BISOGNI

Da soddisfare:

Perché avevo bisogno di... (sostantivo)
efficienza, rispetto, sicurezza, congruenza

STRATEGIE

E mi piacerebbe che lei... (specifico, nel presente, affermativo)
mi dicesse se ora ritiene che il fatto possa ripetersi più di una volta a settimana

O-S-B-R

Utilizzando il linguaggio della CNV, fondato sui 4 punti O-S-B-R (**Osservazione, Sentimenti, Bisogni e Richieste**) il Sig. Rossi ha espresso il proprio disappunto per un evento.. banale ?? (Questa definizione è un giudizio! in realtà egli aveva chiesto un permesso al lavoro e quindi aveva necessità di andar via velocemente !) e lo ha fatto senza colpevolizzare, parlando di sé e chiudendo con una richiesta specifica.

Infatti vi ha chiesto se , ora come ora, ritenete possibili ritardi futuri con una certa frequenza. Probabilmente il Sig. Rossi vuole organizzarsi al meglio e valutare a che ora recarsi nel vostro studio con la massima probabilità di trovarvi disponibili. Abbiamo però un'altra possibilità: che il Sig. Rossi sia una persona di grande capacità empatica e che, anche in un momento di tensione, riesca a «mettersi nelle vostre scarpe». Allora vi parlerebbe così..

ACCOGLIERE L'ALTRO PRENDERSI CURA DEI SUOI VISSUTI (EMPATIA)

OSSERVAZIONI

Quando Lei (vede , sente... ecc).. mi sente dire che «ancora» non è in studio

SENTIMENTI

Forse si sente... irritato e dispiaciuto

BISOGNI

Da soddisfare

Perché avrebbe bisogno di...

(sostantivo).. comprensione e riconoscimento?

STRATEGIE

E proprio adesso vorrebbe che io...

(specifico, nel presente, affermativo)... le chiedessi scusa per il mio commento?

E se invece foste proprio voi che, utilizzando il linguaggio della CNV, vi rivolgeste al sig. Rossi empatizzando con lui? Cercando di comprendere il suo vissuto e i suoi bisogni insoddisfatti..Potreste parlargli così:

OSSERVAZIONI

Quando Lei (vede , sente... ecc).. arriva nel mio studio in orario ed io non sono in stanza

SENTIMENTI

Forse si sente... sorpreso ed irritato

BISOGNI

(Da soddisfare)

Perché avrebbe bisogno di...

(sostantivo) *affidabilità ,efficienza e anche di rispetto per il suo tempo ?*

STRATEGIE

E proprio adesso vorrebbe che io...

(specifico, nel presente, affermativo)... *le dicessi se questo evento di oggi è stato eccezionale?*

Inizialmente questo linguaggio potrà sembrarvi artefatto. Lo schema aiuta a focalizzare i quattro punti importanti per una comunicazione efficace, ma affinché la comunicazione diventi fluida e più naturale è necessario un allenamento. Almeno inizialmente, è consigliabile che voi seguiate mentalmente i quattro passi dello schema O-S-B-R, per poi esprimervi in maniera più spontanea. Ricordate che la comunicazione empatica si fonda sul riconoscimento dei sentimenti e dei bisogni: quando date un nome ai vostri sentimenti e ai vostri bisogni soddisfatti o insoddisfatti, state empatizzando con voi stessi. Autoempatia. E' la prima grande risorsa per contrastare il burn-out! Collegandovi ai sentimenti e ai bisogni dell'altro, darete a lui empatia: ma non cercate di empatizzare con altri, se prima non avete dato empatia a voi stessi. Date ossigeno a voi stessi, prima di soccorrere gli altri! Potreste cadere nella «trappole» dei falsi sentimenti e delle strategie scambiate per bisogni.

Le sensazioni e le emozioni

Sono la reazione a qualche accadimento esterno o interno e fungono da indicatori immediati di un bisogno, soddisfatto o insoddisfatto. Il nostro cervello utilizza le nostre sensazioni/emozioni come schemi corporei, con la duplice funzione di comunicarci cosa sta accadendo (un evento piacevole od utile per noi, oppure un evento dannoso) e di prepararci a reagire. Può anche avvenire che eventi, di per sé poco gravi, vengano «registrati» come pericolosi a causa di imprinting pregressi o per uno stato di attivazione elevata del sistema neuro-vegetativo. In ogni caso, prestare attenzione alle nostre sensazioni ed emozioni e dare loro un nome, ci permette di «ristrutturare» l'esperienza e di poter comunicare con l'altra persona da uno spazio di consapevolezza di sé. Riconoscere e nominare i propri sentimenti è l' **autoempatia** .

Emozioni o sentimenti che proviamo quando un nostro bisogno non è soddisfatto.

Impaurito

Apprensivo
Insospettito
Intimorito
Pietrificato
Sfiduciato
Spaventato
Terrorizzato

Infastidito

Annoiato
Esasperato
Irritato
Seccato
Spazientito

Arrabbiato

Collerico
Furente
Furibondo

Furioso

Imbestialito
Indignato

Confuso

Disorientato
Incerto
Indeciso
Irresoluto

Perplesso

Perso
Sconcertato
Smarrito
Combattuto

Agitato

A disagio
Allarmato
Angosciato
Perturbato
Preoccupato

Scomodo

Scosso
Shockato
Sorpreso

In imbarazzo

Colpevole
Dispiaciuto
Messo in agitazione

Vergognoso

Stanco

Affaticato
Esausto
Letargico
Senza energia
Sonnolento
Stanco morto
Svegliato

Avversione

Animosità

Antipatia

Disgusto
Malevolenza
Odio

Orrore
Ostilità
Repulsione

Teso

Affranto
Agitato
Bloccato
Cattivo umore
Irritabile
Nervoso
Stressato
Susceptibile

Vulnerabile

Cauti
Fragile

Impotente
In guardia
Indifeso
Insicuro

Riservato
Solo

Dolore

Addolorato
Afflitto
Angustiato
Desolato
Devastato
Distrutto
Ferito
Patetico

Rincrescente
Sofferente
Solo

Spezzato il cuore
Tormentato

Triste

Abbattuto
Avvilito
Deluso
Depresso
Disperato
Giù
Infelice
Melanconico
Pessimista

Sconfortato
Scoraggiato

Senza speranza
Sconnesso

Alienato
Annoiato

Apatico
Chiuso
Distante

Freddo
Impietrito
Indifferente

Separato
Staccato

Insoddisfatto

False sensazioni /falsi sentimenti

Ci sono poi false sensazioni o falsi sentimenti ,che non sono emozioni pure: sottendono un nostro giudizio. Noi riteniamo che qualcuno stia sbagliando e meriti di essere incolpato. Le false sensazioni vengono espresse con frasi del tipo: « mi sento...» oppure «ho la sensazione che..». Le false sensazioni ci riportano però a bisogni insoddisfatti (a volte anche a bisogni soddisfatti!) ed è importante riconoscerle.

Qualche esempio:

FALSE SENSAZIONI
(falsi sentimenti)

abbandonato
invaso
ingannato

→ **VERE SENSAZIONI** → **BISOGNI**
(sentimenti)

terrorizzato, solo
impotente, frustrato
risentito, addolorato
appartenenza,
rispetto, autonomia
onestà, fiducia

Le false sensazioni o i falsi sentimenti sono quindi segnali preziosi: ci consentono di comprendere ciò che veramente sta provando l'interlocutore ed in particolare quali sono i suoi bisogni. Le false sensazioni ci portano direttamente al cuore del problema: chi dice «mi sento manipolato» ha bisogno di libertà ed autonomia; chi dice «mi sento sminuito» ha bisogno di riconoscimento e chi si sente «tradito» ha bisogno di fiducia e integrità.

Se noi trattiamo il falso sentimento (che in realtà è un pensiero o un giudizio su qualche nostro comportamento) come un vero sentimento, finiremo per nutrire un senso di divisione dall'altra persona e arriveremo al conflitto.

Ascoltando invece quello che c'è dietro questa espressione infelice, ovvero un bisogno insoddisfatto, potremo sviluppare comprensione e connessione.

Ovviamente per sviluppare questa capacità di ascolto empatico è necessario fare esercizio di auto-connessione e di auto-empatia.

Bisogni, esigenze e Valori

Cose di cui tutti possiamo aver bisogno e/o che hanno
per noi valore

Connessione

Affetto
Affinità
Amore
Appartenenza
Apprezzamento
Calore umano, cordialità
Compagnia
Compassione
Comprendere ed essere compreso
Comunicazione
Comunità
Condividere la stessa realtà
Conoscere ed essere conosciuto
Considerazione
Consistenza
Cooperazione

Empatia
Essere accettato ed accettarsi
Fiducia
Inclusione
Intimità
Mutualità
Nutrimento
Reciprocità
Rispetto/rispetto di sé
Sicurezza
Sostegno
Stabilità
Vedere ed essere visto
Vicinanza
Sincerità
Autenticità
Integrità

Onestà
Presenza
Trasparenza
Gioco
Avventura
Essere stimolati
Gioia
Humour
Spensieratezza
Pace
Agio
Bellezza
Comunione
Riconciliarsi con gli
altri / con se stesso
Silenzio
Uguaglianza

Benessere fisico **Significato**

Acqua
Aria
Calore
Cibo
Luce
Movimento
Ripararsi
Riposo/sonno
Sessualità
Stare a salvo
Toccare
Autonomia
Dignità
Indipendenza
Libertà
Scelta
Apprendimento
Celebrazione
Chiarezza
Competenza
Comprensione
Consapevolezza
Contribuire
Concretezza
Coscienza
Creatività
Crescita
Efficacia
Efficienza
Esprimersi
Sfidare se stesso
Stimolo

Infine: le Richieste

La CNV invita ad avere chiarezza di che cosa vorremmo chiedere agli altri per «arricchire la nostra vita», ovvero per renderla più facile, più piacevole, più piena e gioiosa. Quando i nostri bisogni non sono soddisfatti, facciamo seguire all'espressione di ciò che osserviamo, sentiamo e desideriamo una richiesta specifica: chiediamo un'azione che possa soddisfare il nostro bisogno.

E' importante richiedere azioni specifiche, fattibili ed positive («Vorrei che lei mi confermasse l'appuntamento il giorno prima» piuttosto «Vorrei che lei non mancasse all'appuntamento»). Tanto più è chiaro cosa vogliamo dall'altro, tanto più è probabile che l'otterremo.

E' anche molto importante accompagnare la richiesta con l'espressione dei nostri sentimenti e dei nostri bisogni, perché la richiesta non suoni come una pretesa. E la richiesta non è una pretesa: si può ricevere un «no» ed accettarlo.

Le 4 opzioni nella comunicazione

Utilizzando un linguaggio basato sui sentimenti e sui bisogni, possiamo attingere alle quattro alternative di comunicazione che ci offre la CNV. Due di queste alternative focalizzano su di noi ; le altre due mettono il fuoco sull'altra persona e su cosa accade in lei. In ogni caso, l'attenzione va portata al momento presente, su cosa sta accadendo nel qui e ora dentro di noi e dentro gli altri.

- 1) **Auto-empatia** → in silenzio, si focalizza su di sé seguendo tutto il processo O-S-B-R
- 2) **Espressione di sé (a voce alta)** → si focalizza su di sé e ci si esprime seguendo il processo O-S-B-R
- 3) **Empatia per l'altro** → in silenzio, ipotizziamo ciò che l'altro sta vivendo in termini di sentimenti e bisogni
- 4) **Empatia a voce alta per l'altro** → ipotizziamo ciò che l'altro sta vivendo e verificiamo, chiudendo con una richiesta, seguendo il processo O-S-B-R

« Avete mai fatto surf? Immaginate di trovarvi in questo momento su una tavola da surf, ad aspettare la madre di tutte le onde. Preparatevi ad essere trascinati via da quella energia. Eccola che arriva. Siete tutt'uno con quella energia adesso? Ecco, questa è l'empatia. Non si tratta di parole, solo di stare con quella energia. Quando mi collego a ciò che è vivo in un'altra persona, provo sensazioni simili a quelle che sperimento quando faccio surf..... L'empatia significa stare con l'energia che è qui adesso. Non usare una tecnica. Solo essere presente. Quando sono connesso davvero a questa energia, è come se non mi trovassi più lì. Io lo chiamo *godersi lo spettacolo magico*. Quando siamo in questa qualità di presenza, un'energia molto preziosa lavora attraverso di noi e può risanare ogni cosa. Questo mi dispensa dalla mia tendenza a voler aggiustare la situazione»

_____ Marshall B. Rosenberg, «*Surfing Life Energy and Watching the Magic Show*»

IL VALORE E LA GESTIONE DELLA RABBIA. COME USARE LA CNV

La rabbia è un'emozione potente e costituisce una vera e propria funzione vitale: fornisce l'energia necessaria per reagire in caso di pericolo; aiuta a superare la paura e il dolore; dà la spinta utile per agire. Ogni medico può trovarsi a sperimentare la rabbia di un paziente in alcune situazioni particolarmente importanti, quando comunica una prognosi infausta, oppure pone diagnosi di una malattia cronica, oppure quando il paziente sperimenta un lutto. In tutti questi casi la rabbia può costituire una risorsa per il paziente stesso: lo sostiene in un momento cruciale, lo aiuta a non crollare e a prepararsi al cambiamento. Ma è certo difficile da comprendere e sopportare quella rabbia che si manifesta per motivi apparentemente banali, quali un'attesa più lunga in sala d'aspetto o la difficoltà a stabilire un contatto telefonico ecc.. In questi casi il medico può essere indotto a reagire e ad attaccare a propria volta. Perché la rabbia diventi uno strumento utile, va utilizzata per servire i propri bisogni e non per attaccare l'altro. Il primo passo nel gestire la rabbia è, in accordo con la visione della CNV, diventare consapevoli che lo *stimolo*, che ha scatenato la rabbia, non ne è la *causa*.

Quello che gli altri *fanno* stimola la nostra rabbia, ma la vera causa della rabbia è interna, riguarda il modo in cui reagiamo al comportamento altrui. Anne Van Stappen, medico e formatrice di CNV, riporta un esempio dello stesso Marshall Rosenberg.

Una domenica mattina, il signor Stephen Covey si trovava sulla metropolitana quasi vuota. C'era un gran silenzio, finché non salì un padre con quattro bambini. Anche se i piccoli facevano una confusione tremenda, il padre non disse niente. Innervosito, il signor Covey protestava tra sé e sé: «Incredibile, quest'uomo è un irresponsabile! Dovrebbe dire ai bambini di calmarsi!» Poco dopo, proprio quando stava per rivolgersi direttamente al padre, questi gli disse: « Mi rendo conto che i bambini disturbano e la prego di scusarmi per non aver detto loro di stare buoni, ma sto molto male. Veniamo dall'ospedale dove la loro mamma è appena mancata.» In un secondo, la collera di Stephen Covey, che nasceva dai suoi giudizi, si trasformò in compassione!

Per molti di noi è difficile distinguere lo stimolo della nostra rabbia dalla sua causa. Se vogliamo imparare a gestire la rabbia in modo da trasformarla senza doverla reprimere, è importante diventare consapevoli che:

Ci sentiamo arrabbiati perché diciamo a noi stessi che l'altra persona sta sbagliando, comportandosi in un certo modo.

Quando il medico non si fa trovare in studio nell'orario indicato per le visite:

« E' irrispettoso! Sta rubando i soldi allo stato e quindi anche a me! »

Quando il medico non risponde al cellulare all'ora di cena : *« Ma non si rende conto che chi lo chiama sta male? Perché ha scelto questa professione? »*

Quando un paziente richiede al medico la prescrizione di alcune analisi ematiche : *« Mi ha preso per uno scribacchino? Ma come si permette? »*

Quando una mamma insiste telefonicamente, perché il medico effettui una visita domiciliare al suo bambino in assenza di febbre elevata o di sintomi sospetti: *« La solita madre ansiosa! Crede di essere l'unica ad avere un figlio? »*

La lista può allungarsi molto...

La rabbia è un sentimento complesso, perché nasconde altri sentimenti: impotenza, frustrazione, ma anche paura o tristezza. E questi sentimenti rivelano dei bisogni che non sono soddisfatti.

La rabbia costituisce un campanello d'allarme! Aiuta a comprendere bisogni e desideri.

Per trasformare la rabbia CONTRO in un'energia AL SERVIZIO, si può seguire un processo in 6 tappe basato sulla CNV:

1. Diventare consapevoli della propria rabbia ed eventualmente fare silenzio o andarsene, per non aggravare la situazione
2. Ascoltare i giudizi sull'altro che si sono formati nella propria mente
3. Cercare i bisogni nascosti dietro i giudizi ed accoglierli (es: E' un arrogante → bisogno di rispetto)
4. Accogliere i sentimenti, nascosti dietro la rabbia, che ora stanno emergendo
5. Pensare alla richiesta che è possibile fare, a se stessi o all'altro, per soddisfare i propri bisogni
6. Se possibile o necessario, andare dalla persona coinvolta ed esprimere a lei i propri sentimenti, i propri bisogni e farle una richiesta

Per esprimere in maniera piena la rabbia, è molto importante riconoscere i propri bisogni. Può aiutare una semplice tecnica: sostituire la frase « Sono arrabbiato perché tu /perchè Lei..» con « **Sono arrabbiato perché ho bisogno di.. vorrei..**»
Se anche l'interlocutore si trova in stato di agitazione, sarà comunque difficile ottenerne l'ascolto e la comprensione di ciò che si vuole. E' opportuno offrire «empatia di emergenza», perché l'altro possa recepire quello che sentiamo e quello di cui avremmo bisogno. Pertanto, nell'ordine e per concludere:

1. Auto-empatia silenziosa: «**Cosa sto provando? Di cosa avrei bisogno?**»
2. Espressione a voce alta : « **Mi sento.. perché ho bisogno di.. E ti chiedo se..**»
oppure empatia con l'altro «**Forse ti senti .. perché vorresti..?**»

METTERE I CONFINI: DIRE “NO” CON GRAZIA

Una delle maggiori difficoltà , per chi lavora in ambito sanitario, è riuscire a gestire la relazione con i pazienti nel rispetto dei propri spazi. Lavorare con la patologia e la sofferenza delle persone, induce il medico ad anteporre ai propri bisogni i bisogni del paziente. Questo anche in risposta alle aspettative sociali , particolarmente elevate nei confronti di chi svolge professioni di servizio. Ecco che saper mettere un sano confine diventa importante, se non indispensabile, per evitare il burn-out e ancor prima per recuperare energie e mantenere un giusto equilibrio psico-fisico.

E' possibile dire “no” alla richiesta di un paziente (ad esempio: una visita a domicilio fuori orario; una richiesta di analisi ematiche o strumentali non condivise; un appuntamento non rispettato) , ma anche a quella di un collega (ad esempio: un cambio turno per noi oneroso) sentendone il diritto?

La Comunicazione Non Violenta ci ricorda che “ tutte le azioni che vengono compiute sono dei tentativi di venire incontro a dei bisogni” e che “ i vissuti (emozioni, sentimenti e sensazioni) indicano bisogni soddisfatti e insoddisfatti”. Questo significa che dietro il NO a qualcosa, c’è sempre un SI a qualcos’altro e che, quando diciamo “NO”, non stiamo aggredendo, umiliando, trascurando o abbandonando l’altra persona, bensì ci stiamo prendendo cura di nostri bisogni insoddisfatti.

Una visita fuori orario → “ mi prendo cura del mio bisogno di riposo o del mio bisogno di contribuire al benessere dei miei figli (che mi aspettano per cena)

Richiesta di un trattamento

Supplementare non necessario → “mi prendo cura del mio bisogno di coerenza e di rispetto per il mio operato”

E così via..

Potremmo allora scegliere di agire seguendo i passi suggeriti dalla CNV:

1. Quando dico “NO” alla richiesta che mi viene fatta, di quale mio bisogno mi sto prendendo cura?
2. Posso comprendere/ immaginare/ intuire qual è il bisogno che l'altra persona vuole soddisfare , quando mi fa una certa richiesta?
3. Quale strategia posso proporre per soddisfare i miei bisogni e quelli dell'altro?

Ricordiamoci che la strategia deve essere precisa e fattibile .

Riguardo alla visita domiciliare, il medico del nostro esempio potrebbe rispondere nel seguente modo.

“ Mi sta chiedendo una visita domiciliare alle ore 20 di venerdì ed io comprendo che vuole il mio intervento perché vorrebbe essere sicura-dopo un intervento chirurgico- di non aver problemi nel fine settimana (→ Bisogni di chi fa la richiesta:sostegno, sicurezza)

Io ho terminato il mio orario lavorativo e a quest'ora sono ormai molto stanco e desideroso di tornare a casa, perché voglio prendermi cura dei miei figli. Nello stesso tempo comprendo la sua preoccupazione dopo l'intervento chirurgico e mi fa piacere contribuire al suo benessere: com'è per lei se le propongo di raggiungermi in studio entro 15 minuti, così – prima di andar via- verificiamo intanto che non ci siano problemi?” (→ Nostri bisogni: riposo, cura per i propri familiari, contribuire al benessere degli altri)

E se non accetta la proposta?

E' importante comprendere che una comunicazione empatica è più efficace
aumenta la possibilità di veder soddisfatti i nostri bisogni, ma non ci dà la garanzia
che ciò avvenga.

Rimane in nostro potere e in nostra responsabilità saper accogliere il “no”
dell'altro senza permettere che ciò venga a turbarci.

Abbiamo comunque sviluppato una nuova capacità:

Empatizzare con noi stessi!



IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

E' uno stile di comunicazione basato su evidenze scientifiche, che lavora sui processi decisionali alla base della motivazione e del comportamento dell'individuo, attraverso un'accurata comprensione del punto di vista dell'interlocutore, una massima attenzione alla qualità della relazione e una comunicazione efficace e orientata al cambiamento, con un'attenzione particolare alle affermazioni espresse dal cliente nella direzione del cambiamento stesso.

(Digitale Network di G. Facchini, 2012)

Il Colloquio Motivazionale fu creato e sviluppato nel 1983 da un giovane psicologo americano, William Miller, che lavorava in Norvegia nel trattamento degli alcolisti.

Negli anni '90 si passò ad applicarlo in tutti gli ambiti della sanità in cui le patologie croniche fossero il derivato dello stile di vita, con una progressione dal campo dell'alcolologia e abuso di sostanze fino ai disturbi del comportamento alimentare e alla mancata adesione alle terapie (ad esempio: nel diabete)

Questo tipo di approccio, che trova fondamento nella psicologia umanistica, si è dimostrato molto efficace per aiutare a superare l'ambivalenza tipica di chi non riesce a realizzare i cambiamenti desiderati. William Miller ha trovato il modo di mettere il paziente al centro della situazione, restituendo all'operatore il ruolo di chi assiste e sostiene (a volte anche in maniera decisa) il processo del cambiamento. Il medico che utilizza il colloquio motivazionale come strumento d'intervento, abbandona l'atteggiamento demiurgico di chi «sa cosa fare» inducendo il cambiamento attraverso l'esercizio di un potere. Abbiamo visto come tale atteggiamento mantenga il paziente in un ruolo passivo, con scarsa adesione alla terapia, soprattutto nel tempo.

Nel Colloquio Motivazionale, il medico crea lo spazio e le condizioni che permetteranno invece al paziente di esplorare liberamente la propria situazione.

Questo significa che il medico metterà particolare cura in:

- agevolare la comunicazione (con atteggiamento empatico, ascolto attivo)
- evitare di generare resistenze (evitando giudizi, commenti e tono di biasimo)
- stimolare comportamenti pro-attivi nell'interlocutore (evitando di sostenere, indirizzare, consigliare il paziente)

Tra i punti sopra elencati, è molto importante fare attenzione ad evitare comportamenti che generano la *resistenza* del paziente. E' infatti la *resistenza* verso il medico (in questo caso) che ostacola il vero cambiamento, anche nel caso in cui il paziente lo abbia preso in considerazione il cambiamento. La causa maggiore di resistenza è sentire che «l'altro», in qualche modo, pretende il cambiamento. Importante è la motivazione del paziente e non la sua adesione passiva .



Possiamo considerare il Colloquio Motivazionale un tipo di counseling. Esistono circa 1200 pubblicazioni su questo metodo di trattamento e tra queste pubblicazioni oltre 200 sono studi clinici randomizzati e controllati, che ne hanno complessivamente dimostrato l'efficacia.

Da un punto di vista tecnico, il Colloquio Motivazionale

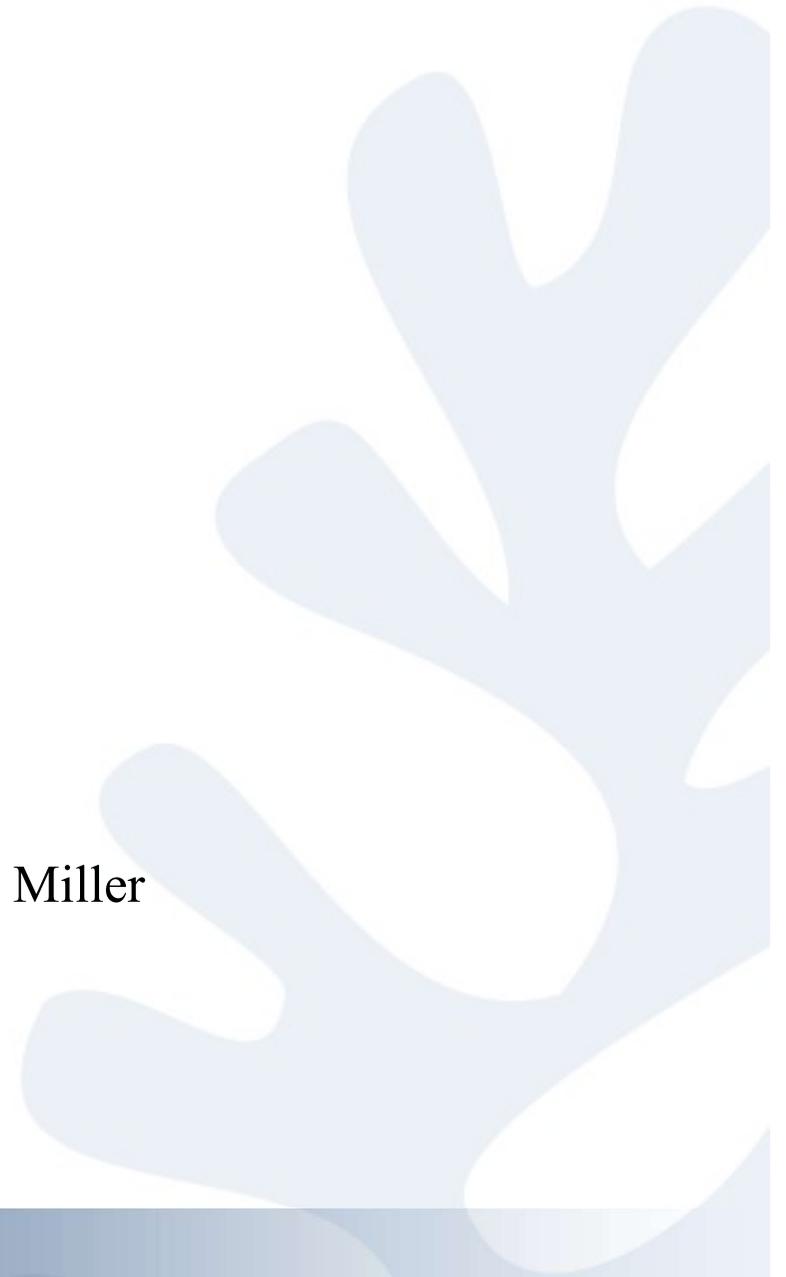
«è uno stile di comunicazione collaborativo e orientato, che presta particolare attenzione al linguaggio del cambiamento, progettato per rafforzare la motivazione personale e l'impegno verso un obiettivo specifico, attraverso la facilitazione e l'esplorazione delle ragioni proprie della persona per cambiare, il tutto in un'atmosfera di accettazione e di aiuto».

(Il Colloquio Motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Miller WR & Rollnick S, Erickson 2014)

IL COLLOQUIO MOTIVAZIONALE SI BASA SU 4 PROCESSI

1. STABILIRE UNA RELAZIONE
2. FOCALIZZARE
3. EVOCARE
4. PIANIFICARE

(Il Colloquio Motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Miller
WR & Rollnick S, Erickson 2014)



Stabilire una relazione terapeutica

Costituisce la premessa indispensabile per tutto ciò che avverrà successivamente. Stabilire una relazione terapeutica è il processo in cui entrambe le parti possono stabilire un rapporto di collaborazione; per agevolare ciò, il medico si porrà in un atteggiamento empatico, utilizzando le tecniche dell'ascolto attivo e della riflessione precedentemente illustrate.

Esistono comunque anche fattori esterni da tenere in considerazione, che possono costituire elementi sia di facilitazione che di ostacolo:

- luogo in cui si svolge il colloquio
- orario dell'incontro
- stato emotivo e mentale del paziente
- stanchezza e disponibilità dell'operatore

Focalizzare

Questo è il processo in cui si definisce e si mantiene una direzione specifica nelle conversazioni sul cambiamento.

Il medico potrà focalizzare l'attenzione su:

- motivo per cui la persona è venuta al colloquio
- obiettivi di cambiamento per il piano di trattamento
- mantenimento dell' alleanza terapeutica

In questa fase del colloquio il medico potrà porsi delle domande, **per migliorare la focalizzazione:**

- ✓ Quali sono i reali obiettivi di cambiamento di questo paziente?
- ✓ Le mie aspettative di cambiamento sono diverse dalle sue?
- ✓ Stiamo lavorando insieme per lo stesso obiettivo?
- ✓ *Stiamo danzando o stiamo lottando?*

EVOCare

Siamo nel cuore del Colloquio Motivazionale ed è qui che il medico fa emergere le motivazioni al cambiamento proprie di quel paziente. Dopo aver focalizzato gli obiettivi del cambiamento, il medico dà spazio ai sentimenti che accompagnano i pensieri sul cambiamento, in modo che il paziente possa chiarirsi sul *perché* e sul *come* vuole realizzarlo.

«Evocare vuol dire fare in modo che la persona dia voce alle sue ragioni per cambiare.»

5 Domande utili ad EVOCARE

- 1- Perché vorresti fare questo cambiamento?
- 2- Come pensi di procedere per realizzarlo?
- 3- Quali sono le tre ragioni più importanti per farlo?
- 4- Quanto è importante per te fare questo cambiamento e perché?
- 5- Cosa pensi di fare praticamente?



In questa fase l'operatore potrà porre domande anche a se stesso, per mantenere la direzione del processo e consapevolezza della propria presenza.

- Quali sono le ragioni del cambiamento per questo paziente?
- Le difficoltà che incontra sono relative all'importanza che dà al cambiamento, e quindi al livello delle sue aspettative, oppure alla fiducia che egli nutre nella possibilità di realizzarlo?
- **Quali sono le affermazioni orientate al cambiamento che gli ho sentito fare?**
- Sto indicando troppo in fretta una direzione o sto definendo un obiettivo troppo lontano per lui?
- Mi sto schierando a favore del cambiamento?

Affermazioni Orientate al Cambiamento (AOC)

L' Affermazione Orientata al Cambiamento è una espressione linguistica che argomenta in favore del cambiamento.

Si possono individuare 4 tipologie di AOC:

1. Desiderio (*Vorrei... Mi piacerebbe...*)
2. Capacità (*Posso/potrei... Sono/sarei in grado...*)
3. Ragioni (*Per... Perché...*)
4. Bisogno (*Ho bisogno di... Devo... E' necessario... Non posso andare avanti così...Sono costretto a... Qualcosa deve cambiare!*)

(Il Colloquio Motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Miller WR & Rollnick S, Erickson 2014)

PIANIFICARE

Attuare la pianificazione significa formulare uno specifico piano di azione, sostenendone poi lo sviluppo. E' un continuo *work in progress*, che potrebbe richiedere delle revisioni lungo il percorso.

In questa fase si valorizzano soprattutto:

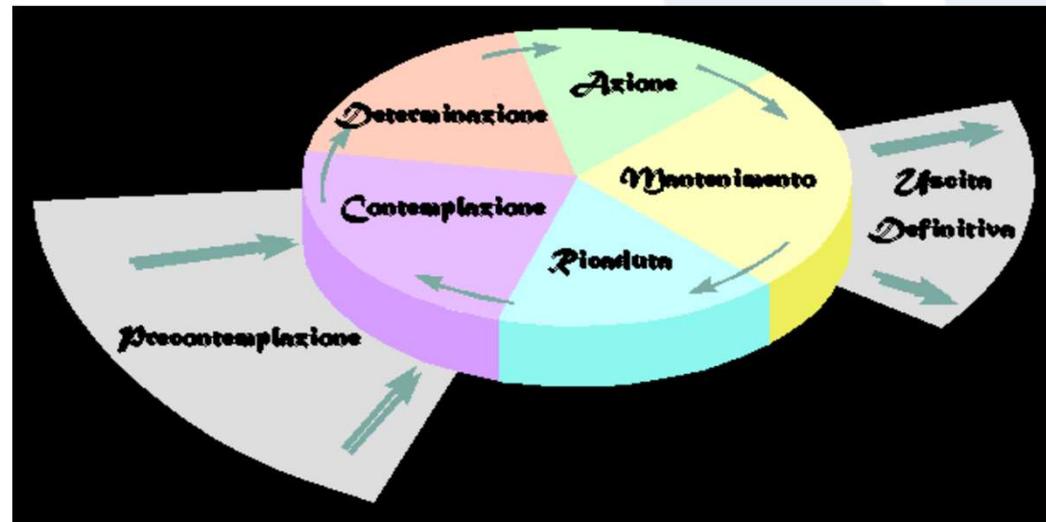
- l'autonomia del paziente nel prendere decisioni (il medico si limita ad evocare il piano e non lo prescrive; chiede il permesso anche per dare le informazioni necessarie)
- le **Affermazioni Orientate al Cambiamento** (AOC) del paziente

Il Modello del Cambiamento

Il modello transteoretico della teoria del cambiamento sviluppato da Prochaska J.O. e Di Clemente C.C. si rivela di grande utilità.

La teoria si basa sull'idea che **le persone si trovano in diversi stadi di disponibilità al cambiamento** ed impiegano procedure differenti per passare allo stadio successivo.

Gli stadi del cambiamento sono rappresentati su una ruota, detta appunto *La Ruota del Cambiamento*.



La Ruota del Cambiamento

Precontemplazione: il paziente non è consapevole del proprio problema o non ha voglia di cambiare.

Contemplazione: sa di avere un problema ma non è pronto ad attivarsi.

Determinazione: se dà inizio all'azione il processo avanza e si rivolge allo specialista

Azione: lavoro attivo per modificare i suoi comportamenti e pensieri.

Mantenimento: lavoro attivo per evitare ricadute e consolidare i risultati.

Durante il processo di cambiamento si presenta immancabilmente **l'AMBIVALENZA**, quasi fosse una fase naturale del processo stesso.

Il cambiamento, mutamento dinamico di un equilibrio, si potrà realizzare solamente quando verrà superata l'ambivalenza.

Più profonda è la percezione del disagio legato all'ambivalenza (*frattura interiore*), maggiore è l'importanza attribuita dal paziente al cambiamento.

Ci sono dei **fattori correlati al cambiamento** e le motivazioni che portano alla modifica di un'abitudine maturano sempre a partire da un accumulo di fattori negativi. Possiamo considerare fattori negativi tutte quelle paure, preoccupazioni, perdite ed anche quei costi (economici ed energetici) che, emergendo alla coscienza, vanno a superare i benefici e i vantaggi che l'abitudine stessa garantisce.

(Spiller et al. 2007)

Il concetto di *frattura interiore*, cui si è fatto riferimento nel parlare del disagio provato dal paziente nello stato di ambivalenza, trae origine dalla teoria della Dissonanza Cognitiva elaborata da Festinger. Questa consiste nella dolorosa percezione di una contraddizione tra ciò che una persona è e ciò che *vorrebbe o potrebbe essere*, in rapporto alla propria immagine di sé, al proprio sistema di valori, agli obiettivi che si è posta ed alle proprie aspirazioni. Il confronto fra l'obiettivo che si vuole perseguire e la percezione della propria condizione attuale viene considerato un elemento motivante.

(Kanfer et al 1987)

Uno dei principali fattori predittivi del cambiamento è **l'autoefficacia**. Questa viene definita come *la fiducia nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito, di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato.*

Si basa sull'esame di realtà della persona , sulla sua percezione di risorse personali e ambientali.

(Bandura 1977)

Abilità alla base del Colloquio Motivazionale

- Saper formulare domande aperte
- Sostenere il processo spontaneo senza indirizzarlo
- Attuare un ascolto attivo utilizzando le tecniche della riflessione
- Riassumere, facendo una sintesi dei punti importanti del colloquio
- Scambiare informazioni e consigli, ricordando di chiedere il permesso (es: *Vorrebbe conoscere le ultime informazioni scientifiche relative a questo argomento?*)

Il Cambiamento

E' il risultato atteso, perlomeno auspicato, del Colloquio Motivazionale.

Meditare un cambiamento implica un dialogo interiore, una riflessione sui pro e i contro delle possibili alternative.

Questo dialogo può svolgersi ad alta voce e in modo interpersonale proprio nello spazio del Colloquio Motivazionale.

(Il Colloquio Motivazionale. Aiutare le persone a cambiare. Miller WR & Rollnick S, Erickson 2014)

Aumento delle Affermazioni Orientate al Cambiamento

Più le persone parlano del proprio *desiderio, capacità, ragioni e bisogno di cambiamento*, più si aprono all'idea di considerare come realizzarlo.

L'aumento delle AOC va di pari passo con la diminuzione delle Affermazioni Orientate al Mantenimento dello status quo.

E' a questo punto che si può fare una **Domanda Chiave di ricapitolazione:**

- ✓ Quindi cosa pensa di fare?
- ✓ Quindi dove la porta tutto questo?
- ✓ Cosa potrebbe decidere di fare a questo punto?

Ricapitolazione e Domanda Chiave

Quando si arriva al punto di a *ricapitolare* e porre la *domanda chiave* , si sta sondando il terreno con l'ipotesi che la persona possa essere disponibile a discutere le possibili modalità del cambiamento.

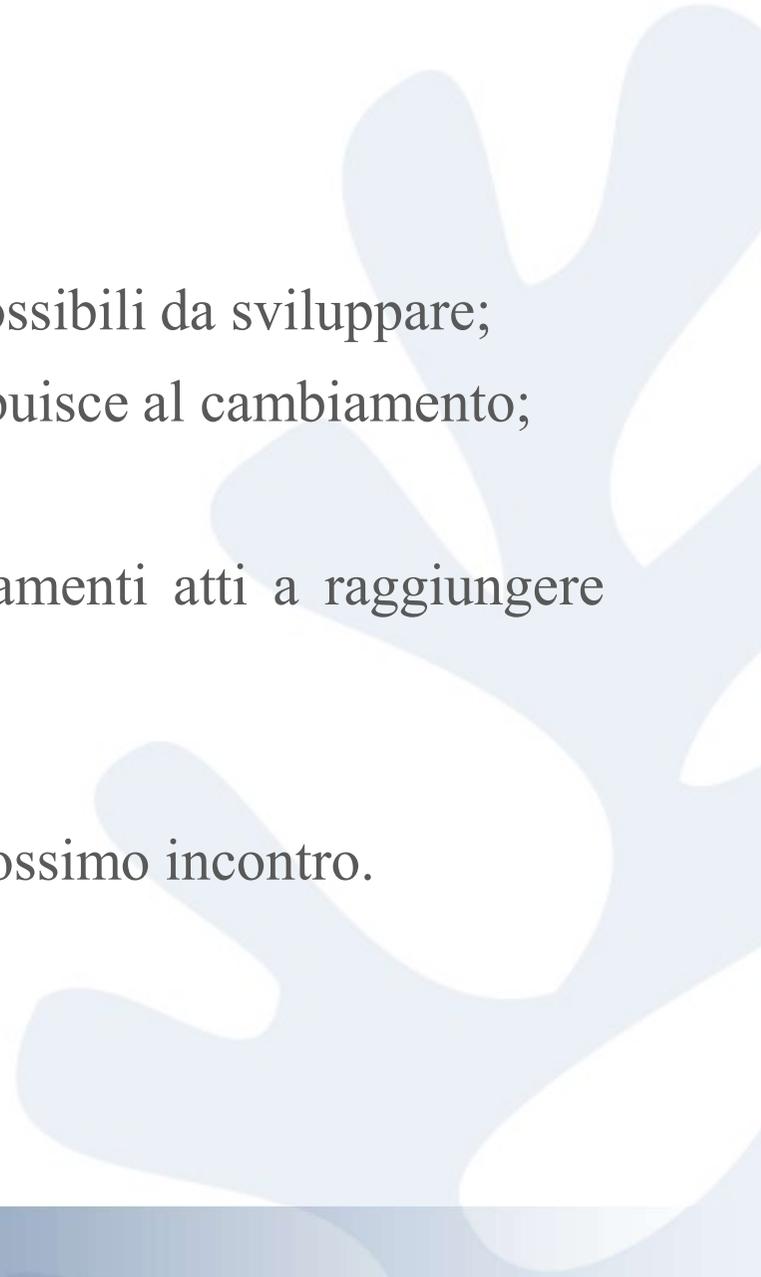
E' sconsigliabile procedere con la pianificazione del piano di cambiamento prima che il paziente sia veramente pronto!

Attenzione quindi a rimanere consapevoli delle proprie emozioni (autoconnessione e autoempatia) e a contenere la propria ansia, l'eventuale senso di frustrazione e il desiderio di raggiungere l'obiettivo.

Trappole da evitare

- **Trappola della focalizzazione prematura:** il sanitario pone l'attenzione su un punto che considera importante, senza valutare la priorità del paziente, che così non trova lo spazio per esprimere i propri pensieri e i propri vissuti → disaccordo!
- **Trappola dell' etichettatura:** è collegata alla focalizzazione prematura. Il sanitario «formula» una diagnosi inquadrando la persona in una categoria che necessita particolari tipi d'intervento → si crea una stigmatizzazione nella mente del paziente, che sviluppa un atteggiamento di opposizione e di resistenza.
- **Trappola del biasimo:** il sanitario pensa di stimolare il cambiamento con critiche e moniti → l'assenza di empatia ostacola la relazione e il cambiamento, generando sentimenti negativi nel paziente (rabbia, sfiducia, vergogna)

Quali sono infine le fasi del colloquio?

1. Descrizione del problema in termini concreti;
 2. Esplorazione dei tentativi già svolti e di quelli possibili da sviluppare;
 3. Valutazione dell'importanza che il paziente attribuisce al cambiamento;
 4. Definizione degli obiettivi minimi
 5. Attivazione nel paziente di ipotesi di comportamenti atti a raggiungere l'obiettivo minimo;
 6. Sintesi dei punti importanti del colloquio;
 7. Chiusura del colloquio con un obiettivo per il prossimo incontro.
- 

Come abbiamo potuto vedere da questo esempio, il Colloquio Motivazionale si fonda su un atteggiamento empatico nell'accogliere i bisogni e i sentimenti del paziente, ma allo stesso tempo si presenta come colloquio "strategico", poiché orienta e sostiene il paziente nell'aderenza al piano terapeutico lasciandolo protagonista attivo.



GRAZIE

PER

L'ATTENZIONE

BIBLIOGRAFIA

- Giusti E., Locatelli M. : L'empatia Integrata - 2000 – Ed. Sovera
- Giusti E., Militello F.: Neuronmi specchio e psicoterapia – 2011 – Sovera Multimedia Srl
- Giusti E., Ticconi G.: La comunicazione non verbale – 1998 – Scione Editore
- Miller WR & Rollnick S, Il Colloquio Motivazionale. Aiutare le persone a cambiare - 2014- Ed. Erickson
- Nardone G. : Correggimi se sbaglio – 2008 – Ed. Ponte alle grazie
- Richardson J. : Introduzione alla PNL – 2010 – Alessio Roberti Editore Srl
- Rogers C.R. : Terapia centrata sul cliente – 2008- Ed. La Meridiana
- Rosenberg M.,: Le sorprendenti funzioni della rabbia- 2006- Ed. Esserci
- Rosenberg M.: Le Parole Sono Finestre (Oppure Muri). Introduzione Alla Comunicazione non Violenta – 2003- Ed. Esserci, Reggio Emilia
- Watzlawick P. e Nardone G.: Terapia breve strategica – 1997 – Raffaello Cortina Editore