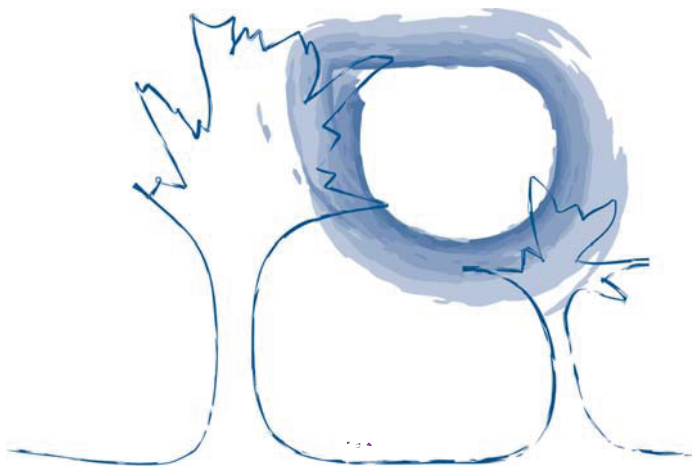


MAURA ANFOSSI MARIA LUISA VERLATO ALBERTO ZUCCONI

GUARIRE O CURARE?

Comunicazione ed empatia in medicina



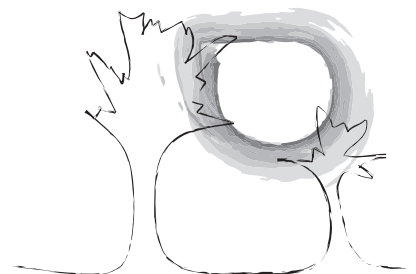
edizioni la meridiana

p e r s o n e

Maura Anfossi - Maria Luisa Verlatto - Alberto Zucconi

Guarire o curare?

**Comunicazione ed empatia
in medicina**



Indice

Ringraziamenti 7

Prefazione di Michele Tomamichel 9

Introduzione 13

PARTE I

1. L'umanizzazione della medicina: utopia o realtà? 21

2. La comunicazione centrata sulla persona 31

3. Comunicazione, processo decisionale e multidisciplinarietà . . 45

4. La comunicazione di cattive notizie tra verità e speranza . . . 55

5. La forza della mente: esempio e discussione di una
interazione medico-paziente 77

6. Colloqui motivazionali 85

PARTE II

7. Stili relazionali, bisogno di cura e gestione dello stress 97

8. Il medico come figura di attaccamento 109

9. La gestione delle emozioni del paziente 137

10. Brevi dialoghi 151

11. Le emozioni e le difese dei curanti 157

12. Prevenire *burn out* e sovraccarico emotivo: confronto
e supervisione 175

PARTE III

13.	Il rapporto con la famiglia	191
14.	Mi manchi tanto: il bambino come familiare	207
15.	Quando il bambino si ammala: cosa e come comunicare?	219
	Conclusioni	227
	Appendice	229
	Riferimenti bibliografici	231

Prefazione

Affrontare il tema della relazione medico-paziente significa ritrovarsi nella situazione di un alpinista di fronte alla montagna o di un marinaio di fronte al mare: se ne avverte il profondo fascino e la continua sfida, ma nel contempo se ne temono le numerose insidie.

Fra i meriti degli autori del libro vi è la chiarezza di impostazione che, delineando un percorso che si basa su punti di riferimento ben definiti (obblighi del medico, concezione dell'autonomia del paziente e del ruolo del curante), permette la stesura di una "mappa" utile sia per orientarsi e meglio situarsi nella complessità dell'argomento, sia per un confronto e un arricchimento.

L'utilizzo di una "mappa" permette di conoscere e/o riconoscere aspetti di un territorio, magari in parte già conosciuto ed esplorato, da un altro punto di vista, rendendolo più interessante e per certi versi nuovo.

Numerosi sono gli stimoli raccolti in questo senso dagli autori, in una continua ricerca di aspetti nuovi e imprevisi che sono subito valorizzati.

Come ben sappiamo "la mappa non è il territorio", e se nella prima abbiamo bisogno di punti di riferimento per orientarci, la realtà della corsia dell'ospedale, dello studio medico, della visita a domicilio possono trasformare quei punti di riferimento, che ci sembravano chiari e sicuri, in ostacoli che possono confonderci.

Alcune insidie, che sono lì dietro la porta della camera del paziente, sono già individuate dagli autori stessi: il ruolo rilevante del medico nella scelta dei valori legati alla salute può facilmente riportare a un atteggiamento paternalistico e il rischio di trasformare ogni incontro medico-paziente in una discussione su temi di ordine morale trasformerebbe la natura stessa della relazione terapeutica.

A questo proposito Karl Jaspers, negli anni Cinquanta, richiamava alla necessità di "una consapevole distinzione fra guarigione medica e salvezza dell'anima, fra medico e pastore d'anime", poiché con l'offuscamento di ciò che pertiene alla medicina si smarrisce la serietà della religione, e, al contempo, la purezza delle capacità mediche "scientificamente fondate".



Un punto molto importante per gli autori è il contributo di un'attività svolta sul campo, coinvolgendo diverse figure importanti di questo ambito.

Due coordinate dovrebbero inquadrare il lavoro in campo sanitario: da un lato la conoscenza scientifica del medico e la sua abilità tecnica, dall'altro l'ethos umanitario che comporta il rispetto della dignità del malato e della sua autonomia decisionale.

Partendo da queste linee di fondo, si possono ipotizzare una serie di differenti interventi puntuali, adatti a settori e situazioni specifiche (medicina d'urgenza, cure palliative, interventi preventivi, ecc.) che aiutano il medico e gli altri operatori a dotarsi degli strumenti che permettano di percorrere le vie verso l'incontro "terapeutico".

Richard Smith, ex direttore del "British Medical Journal", in un articolo del 1992, intitolato significativamente L'etica dell'ignoranza, sottolineava come le basi scientifiche della medicina siano deboli e come fosse meglio per tutti che questo fatto fosse più ampiamente riconosciuto.

Il rischio è quello di iniziare un percorso che porta a una relazione medico-paziente di tipo "follia a due", nella quale il medico vuol credere di sapere più di quanto sappia, perché questo gli fa piacere e perché "la conoscenza è potere", e al paziente conviene l'idea che il medico lo potrà curare e salvare dalla morte.

Questo atto di "umiltà scientifica" lo troviamo in più occasioni in questo libro e dovrebbe essere una preoccupazione di tutti all'inizio di una relazione terapeutica. A volte si ha però l'impressione che le autostrade per le spiagge della "folie à deux" siano sempre affollate.

Modelli alternativi, che richiedono una maggiore integrazione del lavoro clinico e anche l'utilizzo di tecniche audiovisive a fini formativi, permettono interventi che tengono conto delle insidie della routine quotidiana e sono probabilmente quelli che alla lunga più incidono sulla modifica della relazione con il paziente. Presuppongono da un lato la disponibilità a mettere in discussione il proprio "agire" quotidiano e dall'altro un grosso sforzo di comprensione della situazione contingente.

Sono interventi che permettono di avvicinarsi, almeno in parte, a quella seconda coordinata che fa riferimento all'ethos umanitario. Questa coordinata, più che a una linea netta, chiara, facilmente distinguibile, fa piuttosto pensare a una traccia più sfumata, non facilmente definibile, a una sorta di "linea d'ombra" che meglio ricorda il fascino dei viaggi di Conrad.



Immaginare in questo ambito possibili interventi mirati a migliorare il modo di incontrarsi con il malato è un po' come immaginare di trasformare i "turisti della domenica" in esperti lupi di mare o guide alpine.

Non può essere però nemmeno corretto un atteggiamento rinunciatario nel nome di una presupposta "vocazione" alla professione medica, che ha come corollario l'esistenza di doti innate per l'"arte sanitaria". Si tratta, come ben scrive Buckman, di "sostituire l'arte con la scienza", creando un corpo di conoscenze dettagliate e utilizzabili su ciò che rende terapeutica la relazione medico-paziente.

Per questo occorre essere preparati a riconoscere sia le esperienze soggettive dei nostri pazienti che le nostre, imparando a "osservare, caratterizzare e verificare queste esperienze".

Gli autori hanno senz'altro contribuito ad approfondire questi problemi.

Michele Tomamichel*

* Michele Tomamichel, psichiatra psicoterapeuta, è direttore dei servizi psichiatrici del Canton Ticino.



Introduzione

MEDICO E PAZIENTE DANZANO INSIEME

Medico e paziente danzano insieme. Si influenzano reciprocamente in un'eterna danza. Hanno bisogno uno dell'altro, e non si può descrivere uno senza l'altro¹.

Parole inutili. Parole che curano. Relazioni ferite. Relazioni che sostengono. Questi gli estremi del quadrilatero simbolico all'interno del quale si muove l'incontro tra un medico o altro operatore sanitario e un paziente.

Salute, malattia, cura e benessere non possono prescindere dalla dimensione relazionale, nella quale l'informazione e la presa in carico efficaci del malato devono essere radicati in un incontro tra esseri umani. Il modello biopsicosociale, diventato riferimento comune per la normativa sanitaria e per i documenti scientifici, recupera l'esperienza soggettiva e la dimensione sociale della persona malata, ricordando che "si cura un corpo abitato" e non un insieme di organi malati. Recupera anche il valore terapeutico dell'intreccio relazionale tra medico e paziente.

Curante e paziente non possono non interagire. Sembra ovvio, ma a volte l'esperienza e la *malpractice* sanitaria disconfermano una simile ovvia evidenza, o meglio raccontano di interazioni fugaci, negate, disfunzionali.

In questi anni abbiamo incontrato, in percorsi di formazione e di supervisione e nei momenti di collaborazione multiprofessionale, dottori in carne e ossa, capaci di scommettere e investire nelle parole che curano un corpo abitato. Medici, infermieri, dietiste, osteriche disponibili e curiosi di approfondire i passi di quella danza relazionale che permette di trovare una sintonia migliore con quel paziente, con quella famiglia e con la propria equipe. Disponibili anche a riconoscere i propri limiti, a mettersi in gioco per riflettere sulle proprie risorse e ferite di essere umano che sta dentro un camice e motivati a imparare il *know how* della comunicazione efficace. Intenzionati a colmare le proprie lacune formative, pressoché universali in questo settore.



Accanto a molti medici e infermieri capaci di instaurare con il paziente una relazione umana e comprensiva ce ne sono altri che del paziente e delle sue sofferenze, come delle sue gioie o risorse, paiono conoscere nulla e non volerne sapere. Ma come dice un'amica e collega (anche lei, come gli autori di questo testo, partner di un medico) una così diffusa fatica a comunicare in modo aperto, franco e a relazionarsi con empatia ai pazienti non può essere legata solo a disimpegno, scarsa sensibilità, freddezza, rigidità e iperinvestimento nella tecnica. Dietro ad atteggiamenti a volte freddi, a volte distanzianti, altre volte eccessivamente rassicuranti o invischianti ci sono migliaia di professionisti autodidatti. Professionisti della salute che investono tempo ed energie alla formazione per migliorare competenze tecniche, ma cresciuti in un enorme vuoto formativo nella relazione e quindi sprovvisti di metodi per impostare una comunicazione efficace con il malato. Medici e infermieri inseriti in un contesto nel quale l'etica sanitaria, le aspettative e le richieste del cittadino si sono notevolmente modificate, nel quale la crisi di identità professionale è alle porte e il bisogno di cambiare e apprendere urgente.

Questo libro nasce per loro, per tutti i professionisti della salute curiosi e interessati a meditare le parole da dire al paziente, a interrogarsi sul significato di quanto chiede il malato e conoscere strategie migliori per gestire momenti di empassa relazionale con le persone che a loro si rivolgono, ma anche per coloro che finora hanno trovato questo compito faticoso e troppo impegnativo e hanno cercato di evitarlo e fuggire.

L'apprendimento è necessario e motivante per cambiare e potenziare le proprie attitudini relazionali. La predisposizione relazionale è un elemento importante per una buona comunicazione, ma non è sufficiente: è necessaria una formazione specifica che permette di perfezionare le proprie intuizioni e apprendere strategie efficaci per relazionarsi al paziente e gestire la risonanza emotiva che deriva dal contatto frequente con il dolore e la sofferenza altrui. Dalle prime osservazioni e registrazioni di relazioni di aiuto², in ambito educativo e sanitario, fino ai più recenti studi randomizzati di Darius Razavi e collaboratori³, è ormai universalmente riconosciuto il ruolo dell'apprendimento e della formazione in ambito relazionale e comunicativo⁴. Tale evidenza teorica è però frequentemente disattesa dalla realtà del contesto sanitario attuale.



Parlare al paziente e creare con lui una relazione che cura è necessario, ma è anche faticoso, impegnativo, costoso perché il paziente si lega ai suoi curanti e si avvicina a loro con l'unico stile relazionale che caratterizza il suo modo di essere. Chiede vicinanza e cura negli unici modi che conosce e riversa sui curanti molte, moltissime aspettative, anche di tipo affettivo. Aspettative e bisogni che non possono sempre essere soddisfatti, ma che sempre vanno riconosciuti e decodificati correttamente.

L'obiettivo di questo libro è cercare di offrire strumenti per conoscere le regole e i principi della comunicazione efficace, ma anche riflettere sulle emozioni che circolano tra paziente e curante, riconoscere gli stili relazionali del malato e ri-pensare al proprio modo di essere operatori della salute. Tutto questo per meglio curare i propri pazienti, ma anche per meglio prendersi cura delle proprie emozioni e ferite di ambasciatori che spesso sono forieri di notizie nefaste e assistono ai momenti più intensi e a volte drammatici della vita altrui. Curanti che si trovano in un campo di battaglia nel quale la vita e la morte si incontrano e si sfidano, un campo di battaglia che non lascia indifferenti i condottieri.

È utile che ogni operatore sappia che le emozioni intense che si giocano nelle corsie di ospedale, nelle sale visita degli ambulatori, nelle sale d'attesa dei centri di diagnosi, lasciano sempre un segno in chi li trascorre gran parte della sua vita professionale. Medico e paziente danzano insieme in un'eterna danza, che spesso tocca però punte drammatiche, che avvicina a sfere esistenziali estreme, che lasciano traccia, seppur in tempi, intensità e modi molto differenti, in entrambi.

Scrivere un libro che aiuti i professionisti della salute a prendersi cura al meglio dei propri pazienti non può quindi tralasciare la relazione che si crea tra gli uni e gli altri. Per meglio addentrarci in queste dinamiche, accanto alla notevole letteratura scientifica, medica e di psicologia sanitaria disponibile, abbiamo attinto agli studi sulla teoria dell'attaccamento⁵ che riteniamo particolarmente utili e illuminanti. Conoscere ferite e risorse che si creano nelle relazioni aiuta a leggere e comprendere gli intrecci che si instaurano tra paziente e curante e a decodificare e gestire le emozioni proprie e del malato.

Il libro si propone come una bussola per orientarsi nel complesso pianeta malato-curante, malattia-terapia: è imprescindibile capire dove si è e dove si vuole andare per scegliere la strada migliore.



Una bussola serve per scegliere la rotta strategicamente migliore, ma serve anche per riconoscere quando e di quanto si è fuori strada. Perché a volte, nonostante la buona volontà, la disponibilità e la partecipazione umana, intervengono fattori molteplici che distolgono dalla rotta o interferiscono con la possibilità di seguirla. Due situazioni emblematiche. La prima: l'importanza di un contesto (tempo e luogo idonei) per comunicare. A volte ci si trova nella necessità urgente di informare un malato, il tempo stringe e il luogo idoneo è inaccessibile o inesistente. Un secondo esempio: l'eccessivo coinvolgimento nelle emozioni di un paziente. Si ripeterà nel libro che è fondamentale un atteggiamento di vicinanza equilibrata, di comprensione empatica e di gestione consapevole e pacata delle emozioni del paziente. Ma ci sono situazioni o persone che muovono in noi sentimenti così intensi (rabbia, disperazione, senso di colpa) nei quali, senza accorgersi, ci si trova immersi. Sono situazioni nelle quali si è lontani dalla rotta migliore, ma che sono frequenti e spesso inevitabili. Possedere una bussola che aiuti a riconoscere quanto si è fuori strada e capire il perché della deviazione è fondamentale per poter al meglio correggere la rotta.

Il libro vuole anche essere una guida. Una guida agile e aggiornata che propone indicazioni e strumenti per impostare il percorso informativo e per riflettere sugli intrecci relazionali ed emotivi. I vari capitoli sono legati da una sequenza logica che partendo dagli aspetti più esterni dell'informazione e della comunicazione si addentra nella dimensione più propriamente relazionale e affettiva dell'incontro tra malato e curante. Ogni capitolo però mantiene una sua autonomia per cui è possibile approfondire separatamente i diversi argomenti.

Nella prima parte si introduce il modello biopsicosociale, che si fonda sulla valorizzazione dell'essere umano come organismo globale, degno di fiducia e intrinsecamente motivato a collaborare per la propria salute e benessere. Vengono poi discussi i vantaggi di una medicina più umana, capace di guardare alla persona in modo globale e di una comunicazione personalizzata, che considera la cura e la salute in un'ottica relazionale e non individualistica. All'interno di questo paradigma vengono approfonditi i principi e le strategie per effettuare colloqui motivazionali e la comunicazione di *bad news*.

La seconda parte è dedicata alla relazione che si instaura tra paziente e curante e allo scambio di emozioni che ne scaturisce. Ven-



gono discussi gli stili relazionali del paziente con le indicazioni per riconoscerli e rispondere in modo funzionale, evitando di amplificare i contrasti o la dipendenza. Viene approfondito lo studio dell'empatia come modalità più efficace per la gestione delle emozioni del malato. Attraverso la testimonianza di alcuni medici il capitolo 10 esplora i vissuti dei curanti e nel capitolo 11 si discute della supervisione come modalità per elaborare queste emozioni. La terza parte propone alcune indicazioni sulla gestione delle dinamiche familiari e sulla comunicazione con i bambini, sia come pazienti sia quando si trovano coinvolti nella malattia di un familiare.

Per ogni argomento trattato, le riflessioni proposte sono esemplificate con stralci di colloqui reali, trascritti e commentati, con l'obiettivo di agevolare il lettore nella traduzione degli spunti teorici nella pratica clinica.

Con l'augurio di una lettura proficua.

NOTE

¹ A. Smith, 2002, p. 723.

² Rogers, 1942.

³ Razavi *et al.*, 2003.

⁴ Maguire, 1990; Tomamichel, 1998b; Anfossi, Numico, 2004.

⁵ Bowlby, 1972, 1975, 1983; Holmes, 2004; Cassidy, Shaver, 2002; Verlato, Anfossi, 2006.



1.

**L'umanizzazione della medicina:
utopia o realtà?**

Quello che troppo spesso chiamiamo un caso clinico, in realtà è un essere umano come noi, un padre che ha giocato con i propri figli, una sposa con cui si è condivisa gran parte della vita, una figlia che si è tenuta per mano, un amico con il quale si sono divisi momenti di gioia e sofferenza. Per noi medici è un “caso”, per gli altri quel paziente rappresenta tutto il mondo¹.

Come è accaduto in altri campi, anche la medicina ha vissuto negli ultimi trenta anni un cambiamento², volto a recuperare la soggettività del malato. Il modello biomedico meccanicistico e riduzionistico ha per molti anni fornito efficaci risposte operative in modo settorializzato ma non è stato capace di offrire strumenti adeguati per comprendere e gestire efficacemente alcuni dei problemi attuali che hanno valenza sistemica. È come se per un lungo periodo, schiacciati dall'interesse per la dimensione tecnologica, i medici avessero dimenticato che dietro un caso clinico ci sono un uomo, una donna, un bambino, portatori di un loro mondo affettivo ed emozionale. La comparsa del paradigma biopsicosociale ha permesso il recupero di un'ottica sistemica, indispensabile per comprendere le complesse relazioni che influenzano la nostra salute e il nostro benessere.

La salute viene creata e vissuta da tutti nella sfera della quotidianità: l'apprendimento, il lavoro, il gioco, l'amore. La salute si crea avendo cura di se stessi e degli altri, acquisendo la capacità di prendere decisioni e di assumere il controllo delle circostanze della vita, e facendo in modo che la società nella quale si vive consenta la conquista della salute per tutti i suoi membri... Impegno, olistico ed ecologia sono temi essenziali per lo sviluppo di strategie per la Promozione della Salute. Per chi se ne occupa il principio ispiratore dovrà dunque essere che, in ogni fase della progettazione, della realizzazione e della valutazione della Promozione della Salute, uomini e donne devono agire insieme su un piano di assoluta parità³.

Una visione sistemica e non riduzionista dell'essere umano comporta un cambiamento del concetto stesso di salute: non più mera assenza di malattie ma benessere, buona qualità di vita e sviluppo del proprio potenziale.

CURARE LE PERSONE E NON SOLO I LORO ORGANI

1.1

Ho un appuntamento settimanale in ospedale per le terapie: il modo con cui le infermiere mi salutano mi cambia l'umore; se è un buongiorno di cortesia e pura educazione aumenta la mia malinconia e il peso di essere ancora e di nuovo lì. Se mi riconoscono, mi salutano con piacere e calore e mi chiedono come sto, mi sento meglio. Mi fermo volentieri perché, oltre alla tera-



pia, incontro e scambio due parole con quelle persone. Mi viene voglia di continuare a combattere la mia quotidiana battaglia contro la malattia ed è un'iniezione di coraggio. (Laura, 42 anni)

La qualità umana dei curanti fa la differenza, il loro modo di salutare può cambiare l'umore di un paziente. Essere accolti con umanità e disponibilità contribuisce a rendere più vivibile l'esperienza della malattia. Al contrario sentimenti di sfiducia e risentimento verso il personale e la struttura percepita come inadeguata appesantiscono il disagio della persona e ne aggravano lo stress.

L'interdipendenza tra i fattori psicologici, sociali e fisici è notevole. L'integrazione mente-corpo è confermata da ricerche che confermano l'esistenza di un'unica rete cognitiva formata da sistema nervoso, immunitario ed endocrino⁴. La loro integrazione condiziona fortemente la vita dell'uomo e il suo benessere.

L'umanizzazione dei trattamenti produce collaborazione, riduzione delle conflittualità, minori denunce di *malpractice*, minore stress e sofferenza. Ciò si traduce in una maggior soddisfazione del paziente e di conseguenza in una sua migliore qualità di vita⁵. Il vantaggio della buona relazione tra malato e curanti ricade anche su questi ultimi e sulla struttura, traducendosi in maggior efficacia e risparmio di risorse finanziarie⁶.

Al contrario, una medicina che cura l'organo ma ignora e spesso umilia la persona, mortifica il medico, interferisce con la *compliance* e la fiducia degli utenti. C'è infatti grande differenza tra una medicina centrata sulla persona e una centrata sulla malattia: centrarsi sulla persona è fondamentale per il conseguimento di risultati clinici migliori, oltre a essere un contributo all'imperativo deontologico di operare in scienza e coscienza.

1.2

DAL PARADIGMA BIOMEDICO AL PARADIGMA BIOPSIKOSOCIALE

L'approccio biomedico tradizionale, che pur ha consentito grandi progressi alla medicina, è espressione delle teorie di matrice meccanicistica e riduzionistica. È un approccio che tende alla *passivizzazione del paziente*: il focus è sulla malattia e il malato ha solo il compito di elencare i propri sintomi.

Focalizzarsi esclusivamente sulla malattia⁷ rischia di far perdere di vista le persone che ne sono affette. La formazione per i medici,



come l'organizzazione del sistema sanitario, è focalizzata sulla diagnosi e sul trattamento delle patologie; l'iperspecializzazione della medicina può comportare una visione prevalentemente parcellizzata e tecnologica, focalizzata sui singoli organi e sulle patologie, a scapito della complessità dell'essere umano. L'ospedalizzazione e le sue regole, la distanza dalla famiglia, lo stato di vulnerabilità nel quale la persona malata si trova e l'incertezza rispetto alla diagnosi possono aumentare la sua preoccupazione rispetto alla guarigione e alla dipendenza dal medico. In queste condizioni i pazienti hanno difficoltà a mantenere la propria capacità di pensare razionalmente e di prendere decisioni.

Numerosi autori (Rogers, Szasz, Balint, Jaspers, Illich) hanno suggerito un cambiamento di prospettiva, una medicina centrata sulla persona o sul paziente, nella quale l'utente è protagonista attivo nel processo di tutela della propria salute, nella partecipazione alle scelte terapeutiche e nel recupero del proprio equilibrio (concetto di *partnership*). Gli aspetti soggettivi e interiori dell'essere umano, i valori, i sentimenti, i suoi modi di pensare incidono sul raggiungimento degli obiettivi terapeutici.

Questo cambiamento di paradigma⁸ nel quale la salute non è più "assenza di malattia", ma benessere, permette di recuperare gli aspetti esistenziali e psicologici di eventi fondamentali dell'uomo come il nascere, il soffrire, il morire non di esclusiva pertinenza sanitaria.

Ivan Illich evidenzia il rischio di "iatrogenesi culturale" legato all'eccessiva medicalizzazione⁹. Rendere sanitario ciò che non lo sarebbe lede la capacità potenziale dell'individuo di far fronte in modo personale e autonomo alla propria umana debolezza, fatica e vulnerabilità. In questo modo le persone sono portate a sottovalutare il proprio giudizio, a diffidare di esso e a diventare eccessivamente dipendenti dal personale sanitario. Questa dipendenza ha pregiudicato le naturali capacità individuali di gestire le questioni di salute e determinato la medicalizzazione di funzioni naturali quali la gravidanza, il parto e l'invecchiamento¹⁰. Anche la medicina difensiva, per evitare denunce, rischia di ipermedicalizzare gli eventi e indirettamente incoraggia le persone a diventare consumatrici di cure mediche o di esami strumentali, di visite per ogni piccolo disagio. Diminuisce l'autostima e il senso di sicurezza delle persone, viene incrementata la dipendenza dai medici e aumentano anche in modo considerevole i costi sanitari.

Al contrario, il *paradigma biopsicosociale* evidenzia la multifattorialità alla base di salute e malattia: l'interazione tra fattori biolo-



gici, psicologici, comportamentali e sociali è all'origine della qualità di vita. La mente e il corpo non vengono più separati ma visti come dimensioni di un organismo, che ha in parte la possibilità di promuovere e influenzare la propria salute (*empowerment*). La ricerca di Suzanne Kobasa e Wolfgang e Margaret Stroebe ha riscontrato la presenza di fattori ricorrenti in individui che presentano una maggiore propensione a soffrire di stress cronico, contrarre più facilmente malattie e guarire più lentamente¹¹. Tra questi fattori:

- pessimismo;
- scarsa autostima;
- paura dei cambiamenti;
- scarso contatto con le proprie emozioni e capacità limitata di esprimerle;
- difficoltà a chiedere aiuto quando se ne ha bisogno;
- pochi amici o parenti cui potersi rivolgere in caso di necessità;
- stili di vita insalubri, abuso di tabacco, alcol, farmaci e stupefacenti, carenza o assenza di esercizio fisico.

Buona autostima, ottimismo, contatto con le proprie emozioni, capacità di chiedere aiuto e disponibilità a riceverlo, buona rete di supporto e stili di vita sani rappresentano invece fattori di protezione rispetto allo stress.

In un'ottica sistemica anche la cura si imposta in modo globale: guarda la persona nella sua interezza e non soltanto i sintomi associati alla malattia. Per questo il trattamento prevede, oltre alle terapie, l'attenzione ai sentimenti di chi soffre, l'incoraggiamento a evitare comportamenti e stili di vita dannosi, il supporto nel trovare strategie di adattamento efficaci e nella ricerca di sostegno sociale ed emozionale.

L'approccio biopsicosociale ha un vantaggio intrinseco derivante dal rovesciamento di prospettiva: si sofferma infatti sulla *salute* anziché sulla malattia; sulla *prevenzione* anziché sul rimedio; sul *benessere* anziché sulla cura. Tale cambiamento dà alle persone la capacità di influenzare la propria salute modificando il proprio comportamento, di ridurre la morbilità e di incrementare il proprio benessere¹².



1.2.1

La valorizzazione dell'incontro tra medico e cittadino

Per essere agente di questo processo di cambiamento chi opera in ambito sanitario ha bisogno di confrontarsi con un modello pro-

fessionale nuovo e con percorsi formativi che pongano attenzione non solo alla clinica ma anche alla relazione interpersonale e alla promozione della salute nei suoi vari aspetti; che pongano attenzione ai bisogni dei vari attori sociali nel campo della salute: l'utente e la sua famiglia, gli operatori della sanità, la società stessa. L'attenzione si sposta infatti dall'idea di paziente a quella di cittadino impegnato a tutelare e promuovere la salute e il benessere sia propri che degli altri.

Una medicina centrata sul paziente ha bisogno di una formazione che aiuti a comprendere che la comunicazione e la relazione interpersonale in medicina sono parte integrante della cura, che un dialogo aperto e rispettoso fra il clinico e il cliente ha una valenza terapeutica. L'incontro crea fiducia, facilita l'alleanza terapeutica ed è un'occasione di scambio che può essere significativo dal punto di vista esistenziale e umano sia per il paziente sia per l'operatore. Centrarsi sulla persona, infatti, non solo è utile ai pazienti ma costituisce un beneficio per la qualità e il significato della vita professionale degli operatori e un valido antidoto per i pericoli del *burn out*. L'attenzione per i vissuti dell'altro, per le sue emozioni e paure, avvicina alle proprie, e nell'accogliere i sentimenti di entrambi si cresce in consapevolezza e umanità. Questa vicinanza emozionale continuerà a essere utile e significativa, l'unica via di sostegno possibile, anche quando gli strumenti clinici e professionali non potranno più essere di aiuto.

L'APPROCCIO CENTRATO SULLA PERSONA DI CARL ROGERS

1.3

Centrarsi sulla persona, centrarsi sul cliente o focalizzarsi sul sintomo?

Fin dagli anni Quaranta Rogers ha evidenziato come un'eccessiva enfasi sulla patologia e sulle carenze dei "pazienti" comportasse il rischio di concentrarsi sul sintomo, allontanandosi dalla persona e passivizzandola. Rogers, con le sue riflessioni e ricerche sul ruolo della qualità della presenza del facilitatore e sull'importanza dell'empatia, ha contribuito alla ri-valutazione della soggettività, libertà e responsabilità degli esseri umani, proponendo una visione basata sulla fiducia nelle loro risorse.

La sua visione dell'essere umano come organismo globale dotato di innate capacità autopoietiche (di autoconsapevolezza e autorego-



lazione) presupponeva un cambiamento nel modo di rapportarsi con gli utenti nelle differenti relazioni professionali. Egli propose inoltre di utilizzare il termine *cliente* al posto di *paziente* per evitare la connotazione passiva del secondo vocabolo¹³. Un professionista efficace riconosce il valore dell'essere umano, lo accetta e rispetta in un rapporto da persona a persona, anche se i ruoli sono diversi.

Rogers ha sviluppato un insieme di studi, con trascrizione di colloqui e incontri di gruppo, da cui emerge come la relazione tra facilitatore e cliente sia fondamentale per promuovere il cambiamento, lo sviluppo delle potenzialità degli individui e dei gruppi. Questo nella misura in cui l'interazione sia contraddistinta da capacità di contatto profondo, autenticità (denominata da Rogers "congruenza"), accettazione, comprensione empatica.

Rogers ha teorizzato l'esistenza di tre condizioni ritenute necessarie e sufficienti per una buona relazione di aiuto in qualsiasi ambito essa si realizzi, elementi ora ritenuti fattori comuni fondamentali per l'efficacia di ogni relazione terapeutica e di supporto. Le tre condizioni sono:

1. *L'autenticità o congruenza*: è la capacità di essere genuini e onesti e agire secondo i propri veri pensieri e le proprie vere emozioni. L'autenticità non coincide con la spontaneità, ma significa essere disponibili a incontrare l'altro senza maschere e rigide facciate di ruolo.

2. *L'accettazione positiva incondizionata o non giudizio*: indica l'apertura e il rispetto verso l'altra persona anche se diversa da noi e con valori o convinzioni differenti. Presuppone il desiderio di comprenderla a partire dalle sue percezioni, rispettandola anche se i suoi parametri di lettura degli eventi sono lontani dai nostri. Potremo prendere posizione rispetto ad alcuni comportamenti o atteggiamenti (ad esempio dichiarando la nostra disapprovazione per la sospensione di una terapia efficace) in modo da essere autentici nel rapporto, senza però giudicarla e criticarla come persona.

3. *L'empatia*: è la comprensione sensibile e profonda dei pensieri e delle emozioni dell'altro. La capacità di cogliere i suoi sentimenti e vissuti, senza confonderli con i nostri, e di comunicarglielo in modo che possa sentirsi compreso e riconoscerli a sua volta. Empatia è mettersi nei panni dell'altro, guardare la realtà attraverso i suoi occhi e il suo cuore, come se fosse la no-



stra. “Come se” significa mantenere una vicinanza mediata da un filtro cognitivo, che tutela dal contagio emotivo, come verrà approfondito nel capitolo 8.

L'AUTODETERMINAZIONE DELLE CURE: LA PERSONA COME MIGLIOR ESPERTO DI SE STESSO

1.4

Il professionista favorisce una relazione all'interno di un clima facilitante, accogliente, nel quale il cliente ha la responsabilità del proprio cambiamento e viene considerato “il miglior esperto di se stesso”; per questo è di fondamentale importanza comprenderlo partendo dal suo punto di vista, in base al modo con cui costruisce e decodifica la sua esperienza. Solo così si potrà capire dal di dentro come vive una certa situazione, quali paure o titubanze, speranze o illusioni lo accompagnino, in modo da avvicinarlo e affiancarlo nel modo migliore nei momenti di difficoltà.

Ma, come sottolineò ripetutamente Rogers, empatia e accettazione non giudicante sono efficaci in una relazione di aiuto solo se abbinata all'autenticità. Le tecniche di ascolto hanno una valenza positiva solo se radicate in un reale incontro tra persone e non in un mero scambio asimmetrico tra chi ha potere e chi umilmente chiede aiuto. Esprimere una comprensione stereotipata o fingere un ascolto di maniera, privo di interesse per la persona che stiamo curando, è inutile.

Rogers fu tra i primi a sostenere l'importanza dell'apprendimento per instaurare una relazione di aiuto efficace per psicoterapeuti, insegnanti e medici. La formazione da lui proposta non può prescindere, accanto allo studio teorico e clinico, da laboratori di ascolto empatico e di auto-osservazione e da percorsi di crescita personale, volti a migliorare il contatto del professionista con la propria esperienza interiore. L'autoconsapevolezza, unita al rispetto e alla comprensione empatica, ha un potente effetto di contagio: facilita nelle persone che si incontrano un analogo processo di autoconsapevolezza e autocomprensione. Dimensioni che permettono di percepire correttamente le proprie percezioni e la realtà esterna. Sapere chi siamo, come stiamo, cosa stiamo provando aiuta a gestire al meglio le fatiche ad attivare le proprie risorse. L'autoconsapevolezza aumenta la libertà di scelta e l'autodetermi-



nazione, di essere cioè soggetti del proprio progetto di vita, pur nei limiti che l'esistenza molte volte pone, come nella malattia.

Gli studi in vari settori mostrano il potere benefico dell'umanizzazione dei trattamenti: migliorano i risultati clinici e il livello di *compliance* del malato, diminuisce lo stress e la sofferenza e si riduce la conflittualità fra professionisti e clienti.

La qualità della relazione e della comunicazione ha ricadute importanti anche sul piano giudiziario, rispetto alle denunce e richieste di risarcimento¹⁴.

Malcolm Gladwell scrive:

il rischio di essere citati in giudizio per negligenza ha ben poco a vedere con il numero di errori commessi da un medico. L'analisi dei procedimenti di questo genere indica che vi sono bravissimi medici che finiscono spesso in tribunale e medici che fanno un sacco di errori che non vi finiscono mai. D'altro canto, la stragrande maggioranza dei pazienti che subiscono un danno a causa della negligenza di un medico non gli fanno causa.

In questo tipo di cause ricorre continuamente l'accusa, da parte dei pazienti, di essere stati liquidati in fretta e furia, trascurati o trattati bruscamente. [...] "Non mi ha mai visto come una persona" diceva... Quando un paziente riceve una brutta notizia, bisogna che il medico trovi il tempo per spiegare che cosa è successo, per rispondere alle domande del paziente, in una parola per trattarlo come un essere umano. Sono quelli che non lo fanno a venire denunciati. Insomma, per sapere quante probabilità ha un chirurgo di finire sotto processo non è necessario informarsi dettagliatamente su come opera. Quello che conta è capire come vanno i suoi rapporti con i pazienti. [...] Cosa interessante, la quantità e qualità di informazioni che davano erano le stesse; non offrivano più dettagli sulle cure o sulle condizioni dei pazienti. La differenza stava soltanto nel come parlavano con loro¹⁵.

NOTE

¹ Marino, 2005, p. 21.

² Engel, 1977.

³ Oms, 1986.

⁴ Senge, 1990; Revonsuo, Kamppinen, 1994.

⁵ National Academy of Sciences, 2001.

⁶ Cromwell *et al.*, 1997; Sobel, 2000.

⁷ Zucconi *et al.*, 2001; Zucconi, Howell, 2003.

⁸ Kuhn, 1962.

⁹ Illich, 1976.

¹⁰ Zucconi, Howell, 2003.

¹¹ Kobasa, Maddi, Courington, 1981; Stroebe, Stroebe, 1994.

¹² Zucconi, Howell, 2003, p. 82.

¹³ Pur riconoscendoci in questo paradigma e conoscendo i rischi del termine paziente, abbiamo scelto in questo testo di continuare a utilizzarlo per rendere la lettura più agevole a chi, come i professionisti della salute, proviene da un ambito nel quale i termini utente, malato e paziente sono sinonimi.

¹⁴ Pincus, 2000.

¹⁵ Gladwell, 2005, pp. 33-6.



"Medico e paziente danzano insieme. Si influenzano reciprocamente in un'eterna danza. Hanno bisogno uno dell'altro, e non si può descrivere uno senza l'altro."

A. Smith

Parole inutili. Parole che curano. Relazioni ferite. Relazioni che sostengono. Questo il quadrilatero simbolico nel quale agisce l'incontro tra un medico, o altro operatore sanitario, e un paziente.

Salute, malattia, cura e benessere non possono prescindere dalla dimensione relazionale, nella quale l'informazione e la presa in carico efficaci del malato sono radicati in un incontro tra esseri umani. Si cura un corpo abitato e non un insieme di organi malati.

Curante e paziente non possono non interagire. Sembra ovvio, ma l'esperienza comune racconta interazioni fugaci, negate, disfunzionali. Eppure, dietro atteggiamenti freddi, distanti, altre volte eccessivamente rassicuranti o invischiati ci sono migliaia di professionisti autodidatti.

Questo libro nasce per loro, per tutti i professionisti della salute curiosi e interessati a meditare le parole da dire al paziente, a interrogarsi sul significato di quanto chiede il malato e conoscere le strategie migliori per gestire momenti di empassa relazionale con le persone che a loro si rivolgono, ma anche per coloro che finora hanno trovato questo compito faticoso e troppo impegnativo e hanno cercato di evitarlo e fuggire.

Queste pagine offrono strumenti per conoscere le regole e i principi della comunicazione efficace, riflettere sulle emozioni che circolano tra paziente e curante, riconoscere gli stili relazionali del malato e ri-pensare al proprio modo di essere operatori della salute.

Acquisire tale competenza migliora la qualità della cura e aiuta a gestire le emozioni generate dal forte coinvolgimento nei momenti più intensi e a volte drammatici della vita altrui.

Libro insignito del premio "August and Marie Krogh Medal" il 22 giugno 2009, presso il Senato della Repubblica, dall'Associazione Parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione.

Maura Anfossi, psicologa e psicoterapeuta rogersiana, svolge attività clinica in ambito sanitario, evolutivo e psichiatrico. È consulente presso l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, dove dal 2001 si occupa del progetto "Parole che curano" per la formazione e supervisione degli operatori sanitari sulla comunicazione e la relazione con i pazienti. È docente di Psicopatologia dello sviluppo e di Teoria della personalità presso la scuola di specializzazione dello IACP. Autrice di diverse pubblicazioni scientifiche e capitoli di libri di psicologia della salute, ha pubblicato con la meridiana *Relazioni ferite. Prendersi cura delle sofferenze nel rapporto Io-Tu* (2006).

Maria Luisa Verlato, psicologa e psicoterapeuta di formazione rogersiana, ha lavorato in servizi del SSN per l'età evolutiva e consultoriale. È stata docente di Psicologia clinica, Psicopatologia generale e dello sviluppo, Psicoterapia dei disturbi di personalità e poi direttrice della sede di Firenze della Scuola di specializzazione in psicoterapia dello IACP. Si occupa di attività clinica, formazione e supervisione sia per l'età adulta sia in progetti rivolti a bambini, adolescenti e vittime di abusi e traumi. Con la meridiana ha pubblicato *Relazioni ferite. Prendersi cura delle sofferenze nel rapporto Io-Tu* (2006).

Alberto Zucconi psicologo, psicoterapeuta, presidente dell'Istituto dell'Approccio Centrato sulla Persona (IACP), un Centro Collaboratore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per la ricerca, la formazione e la consulenza nella promozione della salute nei luoghi di lavoro in Italia e dell'Ufficio Internazionale del Lavoro (ILO) per la diffusione del programma SOLVE in Italia (Gestire i problemi psicosociali nei luoghi di lavoro). È docente di Psicoterapia Centrata sul Cliente nei corsi di Specializzazione in Psicologia Clinica presso la facoltà di Medicina dell'Università di Siena e membro del consiglio direttivo della World Academy of Art and Science.

Con la meridiana ha pubblicato *La Promozione della Salute. Un approccio globale per il benessere della persona e della società* (2003).

Euro 24,00 (I.i.)

ISBN 978-88-6153-050-8



9 788861 530508