

3

La relazione nel processo assistenziale

Laura Cunico

Principi generali della comunicazione

Il processo comunicativo

Forme di comunicazione

La relazione di aiuto infermiere-paziente

I principi della relazione di aiuto

Stili e tecniche che facilitano il colloquio nella relazione di aiuto

L'abilità di porre domande

L'abilità di ascoltare

Formulare risposte per comprendere e sostenere il paziente

Stili e atteggiamenti che non facilitano la comunicazione e la relazione di aiuto

Come iniziare una relazione di aiuto

Conquistare la fiducia del paziente

Conoscere la storia del paziente: l'utilizzo dell'agenda

Riservatezza e confidenzialità nella relazione di cura

Una buona assistenza, come anche una buona terapia, deve basarsi su interventi e tecniche di documentata efficacia, ma sarebbe riduttivo pensare che questa sia l'unica componente di un'assistenza di buona qualità. Quando si parla di assistenza infermieristica infatti ci si riferisce ad un insieme di variabili che vanno dai contenuti tecnici degli interventi, agli aspetti relazionali ma anche all'organizzazione del servizio.

Assistere significa dare attenzione, preoccuparsi per; responsabilità per fare personalmente delle azioni per il paziente o fare in modo che vengano eseguite da altri, attaccamento, attenzione. Assistere il paziente significa eseguire interventi che producano benefici. Gli infermieri oltre a somministrare terapie o altri trattamenti, insegnano, danno comfort, eseguono interventi fisici, ma anche 'stanno accanto' (Corner, 1997). Centrale infatti per l'assistenza infermieristica è la sua efficacia è il concetto di aiuto. L'assistenza infermieristica infatti è essenzialmente una relazione di aiuto, i cui obiettivi sono quello di aiutare, assistere, prendersi cura. Gli infermieri si occupano dell'impatto che la malattia ha sul quotidiano del paziente, oltre che della malattia di per sé, e della persona con problemi, più che del singolo problema, pertanto devono avere competenze per gestire i problemi fisici e, per alcuni aspetti, anche quelli psicologici e sociali.

Lo sviluppo da parte dell'infermiere di competenze relazionali inizia con lo studio del processo di comunicazione e di tutte le sue implicazioni, dei principi e delle tecniche che caratterizzano una relazione professionale che ha l'obiettivo di offrire aiuto e supporto ad una persona che esprime un bisogno o un problema di salute.

Chi aiuta (l'infermiere) dovrebbe essere in grado di comprendere il problema di salute nei termini in cui si pone per quella particolare persona e/o famiglia; chi aiuta dovrebbe cercare di migliorare l'adattamento psicologico, fisico e sociale del paziente; e ancora, chi aiuta dovrebbe comunicare in modo efficace per instaurare relazioni supportive e soddisfacenti. Per questo una buona comunicazione non è mai disgiunta dall'empatia e dalla capacità di mettersi nei panni dell'altro, in una contrattazione in cui gli aspetti cognitivi si incontrano con quelli emotivi e motivazionali. Quindi non conta solo quello che viene detto, ma il modo in cui viene detto, sia a livello verbale che non verbale, così come le condizioni in cui la comunicazione si realizza (Bonino, 2006). Una relazione tra amici in ambiente scolastico è diversa da una relazione tra infermiere e paziente in un ambulatorio diabetologico. Si differenziano i ruoli, le aspettative reciproche, lo scopo dell'incontro e il contesto. Questi elementi differenziano le relazioni sociali come quelle tra amici o colleghi di lavoro dalle relazioni professionali di aiuto.

Gli infermieri debbono possedere un'adeguata competenza comunicativa e relazionale in quanto hanno il compito di indurre cambiamenti positivi nei loro assistiti relativamente ai problemi di salute, attraverso azioni come educare, informare, prescrivere, dare sostegno e supporto.

Principi generali della comunicazione

La comunicazione non è solo, come si potrebbe ritenere, uno strumento per trasmettere informazioni o per influenzare un'altra persona; è invece l'elemento essenziale attraverso il quale si realizza il **rapporto sociale**. La comunicazione, tuttavia, non è mai la trasmissione a senso unico di conoscenze e informazioni, essa è la costruzione di significati condivisi, che impegna entrambi gli attori – chi ascolta e chi parla – nella reciproca attenzione e comprensione.

Watzlawick, Beavin e Jackson (1971) elaborarono la Teoria della comunicazione con particolare attenzione agli aspetti pragmatici della stessa, cioè alle sue implicazioni per il comportamento. Secondo questa teoria ogni interazione, sia conscia che inconscia, fra due persone deve essere considerata comunicazione. La scuola fonda le radici nel modello sistemico che mette la comunicazione al centro di tutto. Il sistema è un complesso di componenti in interazione reciproca regolata da complesse regole circolari che influenzano reciprocamente i membri di quel sistema. Il sistema tende a conservare il più possibile l'equilibrio e questo consente di conservare la coesione e di resistere a forze disgreganti.

Il gruppo di ricercatori ha individuato cinque proprietà semplici (assiomi) della comunicazione umana che hanno implicazioni interpersonali e che verranno di seguito descritte.

1. **L'impossibilità di non comunicare:** è impossibile non avere un comportamento; in una situazione di interazione il comportamento ha valore di messaggio, vale a dire è comunicazione, ne consegue che è impossibile non comunicare (il passeggero di aereo che sta con gli occhi chiusi comunica che vuole essere lasciato in pace).
2. **Livelli comunicativi di contenuto e di relazione:** ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e un aspetto di relazione di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi "metacomunicazione". La metacomunicazione è una comunicazione sul senso, sul valore e sul significato della comunicazione stessa. Faccio metacomunicazione quando una volta detto un certo messaggio spiego ciò che realmente volevo ottenere con quel particolare messaggio: "Quello che dico è come lo dico"; è una comunicazione sulla comunicazione, un messaggio sul messaggio. La capacità di metacomunicare in modo adeguato non solo è la condizione necessaria per comunicare in modo efficace, ma è legata altresì al grosso problema della consapevolezza di sé e degli altri.
3. **La punteggiatura della sequenza degli eventi:** la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti. In altre parole è la connessione logico – temporale nella quale un analista può osservare la sequenza di scambi degli attori della comunicazione (es. la coppia: lui brontola e lei si chiude in se stessa ® lei si chiude in se stessa perché lui brontola). Ognuno interpreta la comunicazione degli altri e, di conseguenza, organizza il suo comportamento (riverberazione sul comportamento).
4. **Comunicazione numerica e analogica:** gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico che con quello analogico. Il linguaggio numerico esprime al meglio gli aspetti del contenuto, quello analogico semantico esprime meglio la relazione. La comunicazione analogica non è altro che la comunicazione non verbale, la più antica, mentre il linguaggio numerico/digitale ha un'importanza particolare perché serve a scambiare informazioni su "oggetti" ed ha la funzione di trasmettere la conoscenza di epoca in epoca.
5. **Interazione complementare e simmetrica:** tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza (madre – figlio; insegnante – studente). Si ha una relazione simmetrica quando due persone si collocano sullo stesso piano.

Il processo comunicativo

Gli elementi che costituiscono un processo comunicativo sono:

1. l'**emittente** è il soggetto da cui parte e inizia il processo comunicativo, è la fonte di emissione del messaggio;
2. il **ricevente** è il soggetto a cui è destinato il messaggio, rappresenta l'altro capo della comunicazione;
3. il **canale** è il mezzo attraverso il quale il messaggio viene trasmesso (canale vocale, canale visivo, canale tattile, olfattivo); è il mezzo conosciuto e condiviso attraverso il quale, nella maniera e nelle modalità più opportune, è possibile trasmettere un messaggio fra due soggetti;
4. il **codice** è un sistema di regole, una convenzione che attribuisce a determinati segni un preciso valore; la comunicazione per essere efficace deve essere trasmessa attraverso l'uso di un codice che deve essere conosciuto e condiviso dagli attori della comunicazione;
5. il **messaggio** o **contenuto** è tutto ciò che l'emittente intende comunicare al ricevente, sia a livello verbale, sia non verbale attraverso l'uso di un codice e un canale adeguato. Il messaggio all'interno del processo comunicativo subisce un processo di **codificazione** (da parte dell'emittente) e di **decodificazione** (da parte del ricevente). Nella comunicazione verbale, ad esempio, il messaggio "pensato" deve subire una serie di trasformazioni di tipo cognitivo, affettivo, neurofisiologico per essere poi trasmesso attraverso il canale/codice della parola al ricevente, che dovrà, a sua volta, ritrasformare il messaggio udito per arrivare ad una decodificazione che lo renda comprensibile. Il processo di codifica e di decodifica avviene per qualsiasi messaggio e per qualsiasi tipo di canale che venga utilizzato;
6. il **contesto** si riferisce all'ambiente fisico, ovvero la dimensione spaziale, temporale, storica, psicologica e relazionale; alla situazione socioculturale, ovvero l'ambiente, il gruppo sociale, economico e culturale in cui avviene il processo comunicativo (Jakobson, 1963).

La comunicazione è un processo reciproco di inviare e ricevere messaggi tra due o più persone. I pensieri e i sentimenti sono inviati con le parole e il ritmo delle stesse, mentre i sentimenti e le emozioni prevalentemente attraverso la comunicazione non verbale. Ad esempio nell'interazione infermiere-paziente, le due persone alternano i due ruoli di emittente e ricevente.

Il passaggio ulteriore dal punto di vista teorico intende la comunicazione come un **fenomeno circolare** e non lineare. Come fenomeno circolare ogni atto comunicativo è contemporaneamente:

- una risposta ad un messaggio precedente;
- uno stimolo per l'interlocutore;
- un rinforzo del modello comunicativo in essere.

Bateson (1972) sostiene che gli individui non soltanto "si mettono in comunicazione" (approccio centrato sulla trasmissione delle informazioni) o "prendono parte alla comunicazione" (approccio interazionista) ma "sono in comunicazione" (approccio dinamico). È preferibile dire: "sto parlando con...", piuttosto che "sto parlando a...", nel senso di bidirezionalità della comunicazione. Nella comunicazione circolare, quindi, ogni soggetto partecipa ad una relazione comunicativa, influenzando la comunicazione stessa ed essendo a sua volta influenzato tramite retroazioni (le risposte, i feedback) del sistema.

Secondo lo schema binario di Bateson la comunicazione marcia su due linee parallele, la parte verbale o digitalica e quella extra verbale o analogica. La prevalenza del linguaggio analogico sul digitalico ha una base filogenetica, è la più antica, antecedente alla comunicazione verbale, tramandata nel percorso evolutivo dell'uomo e una base ontogenetica, nello sviluppo del bambino è antecedente (il pianto, il sorriso, la lallazione) all'apprendimento del linguaggio.

Forme di comunicazione

Comunicazione verbale

La comunicazione verbale è più recente sul piano filogenetico ed è la caratteristica che differenzia il modo di comunicare dell'uomo da quello dell'animale. L'uomo, come tutti gli animali, ha sempre avuto la necessità di scambiarsi informazioni e messaggi con i propri simili. Senza l'uso del linguaggio parlato gli individui sono limitati notevolmente nell'abilità di classificare e ordinare le informazioni, in modo tale da poter essere capiti da sé e dagli altri. E ancora, la comunicazione è fondamentale e necessaria per sopravvivere e per proteggersi, senza di essa sarebbe impossibile soddisfare i bisogni elementari come nutrirsi, vestirsi, dormire e quelli psicologici come la sicurezza, il bisogno di stima e di autorealizzazione.

Comunicazione paraverbale

Il senso della parola pronunciata in un preciso contesto interattivo non si affida solo al contenuto – ciò che viene detto – ma anche al come questo qualcosa viene veicolato, ossia a quelle modalità espressive non linguistiche della voce, che chiamiamo produzioni paralinguistiche (Nanetti, 1996). Molti autori si trovano d'accordo nel dire che la comunicazione paraverbale si trova a metà strada tra la comunicazione verbale e la comunicazione non verbale. Si tratta di vocalizzazioni aggiuntive culturalmente determinate, condivise dai membri di un dato gruppo sociale e usate a scopo comunicativo; sono comprese anche le esclamazioni "uhm", "oh", "ah", "eh", i colpi di tosse, i borbottii, lo sbuffare, le risatine e simili (grida, pianto), gli intercalare, le pause più o meno lunghe, l'intonazione e il volume della voce.

Ci sono vari aspetti della qualità della voce non legati ai contenuti del discorso: il tono della voce che comunica emozioni e atteggiamenti verso altre persone, il tipo di voce e la pronuncia che forniscono informazioni circa la personalità e il gruppo di appartenenza. Oltre al tono della voce, che sembra abbia sull'ascoltatore un potere maggiore del contenuto stesso, si è scoperto che vi sono altri aspetti della vocalizzazione che producono emozioni: a) la *velocità*, che può dare maggiore o minore enfasi alla frase e che comunque è influenzata dallo stato emotivo; b) il *volume* che è legato all'intensità dello stato d'animo; c) la *continuità* e le *pause*, legate a momenti di riflessione, oppure a momenti di nervosismo e tensione; d) la *qualità della voce*, che può far risuonare emozioni che portano all'avvicinamento o allontanamento di chi ascolta. Quattro espressioni del tono di voce sono state messe in relazione a specifici disturbi del comportamento:

- voce acuta, lamentosa ed implorante, tipica delle persone immature e nevrotiche;
- voce piatta, monocorde e debole riscontrata in persone depresse e dipendenti;
- voce vuota, cavernosa con poche frequenze alte, riscontrata in persone affette da danni cerebrali o particolarmente affaticate;
- voce robusta, incisiva con tono grave, tipica delle persone estroverse con atteggiamenti dominanti (Nanetti, 1996).

Comunicazione non verbale

Già è stato detto che l'uomo, a differenza di tutti gli animali, ha l'uso della parola, cioè della comunicazione verbale, in grado di trasmettere una grande quantità di informazioni. Tuttavia gli è rimasto quel linguaggio più antico e più istintivo costituito dalla gestualità, dalla mimica, dal contatto corporeo e dalla postura: la comunicazione non verbale. Gran parte dei messaggi inviati attraverso la comunicazione non verbale appartengono alla sfera pre-conscia, per cui pensieri ed affetti possono essere evidenziati anche quando il soggetto non ha un'intenzionalità comunicativa o ancora prima che il soggetto decida consapevolmente

di comunicarli, e allo stesso modo chi riceve la comunicazione può cogliere – senza alcuna consapevolezza – il messaggio non verbale dell'altro. Tutto ciò evidenzia l'importanza della comunicazione non verbale all'interno della relazione assistenziale e sociale. In pratica, il messaggio inviato con la nostra espressività corporea giunge prima e più intensamente delle parole e una discordanza tra linguaggio verbale e non verbale è immediatamente percepita e non predispone ad una relazione comunicativa efficace. In ambito assistenziale, il linguaggio del corpo costituisce un codice molto preciso: ad esempio, un paziente con un braccio fratturato mostra un comportamento di difesa, immobilismo e l'operatore può facilmente stabilire con certezza se si tratta del braccio destro o sinistro; il paziente in preda ad una colica addominale giace a letto immobile, al contrario un paziente con una colica renale in atto si muove di continuo alla ricerca di una posizione antalgica.

Le principali modalità espressive della comunicazione non verbale sono descritte di seguito.

Espressione del volto: Paul Ekman afferma che "il volto è l'unico fatto sociale che riflette con precisione la nostra esperienza soggettiva"; il nostro volto può trasmettere i nostri pensieri e i nostri sentimenti più reconditi, ecco perché è virtualmente impossibile fingere un interesse che non sia realmente presente. Il filosofo Nietzsche, nell'opera *Al di là del bene e del male*, afferma che "Si può mentire con la bocca ma con l'espressione che si ha in quel momento si dice pur sempre la verità". Col viso esprimiamo emozioni e sentimenti come felicità, tristezza, sorpresa, paura, disgusto, collera. L'espressività del volto è collegata allo sviluppo filogenetico, ovvero, gli animali inferiori fanno uso molto ridotto delle espressioni facciali, mentre gli animali della scala biologica superiore presentano una peculiare ricchezza di segnali mimici. Avere consapevolezza delle proprie espressioni facciali e del modo in cui esse possono condizionare la comunicazione è molto importante, soprattutto per quelle attività che implicano una relazione interpersonale come quella assistenziale. Ad esempio, il paziente capta facilmente una espressione di disgusto sul volto dell'infermiere quando arriccia il naso di fronte ad una ferita purulenta o percependo odori sgradevoli (Nanetti, 1996). Il corrugamento della fronte può indicare tensione, concentrazione, sforzo, disagio. La direzione dello sguardo è un messaggio importante. In generale possiamo dire che lo sguardo trasmette all'altro fiducia, interesse e infonde sicurezza; guardare una persona direttamente negli occhi manifesta l'intenzione di instaurare un contatto, di prenderla in considerazione, abbassare lo sguardo comunica imbarazzo, qualora lo sguardo diviene fisso e insistente può significare aggressività od essere percepito come segno di invadenza. In alcune culture asiatiche guardare negli occhi è considerato un comportamento scortese e mancanza di rispetto. Dopo gli occhi la bocca è il più importante segnalatore non verbale; essa può esprimere rilassamento con il sorriso, che in tutte le culture è un'espressione sociale di legame. Con il riso invece si può esprimere scherno e aggressività. Il bacio può esprimere cortesia, tenerezza, affetto, passione. I cenni del capo sono molto importanti nella relazione interpersonale in quanto sono indicatori necessari al procedere dell'interazione. Essi hanno una funzione di rinforzo in quanto sono percepiti da chi parla come assenso e partecipazione da parte di chi ascolta.

Postura: la postura viene definita dai vocabolari della lingua italiana come "posizione o atteggiamento abituale del corpo". È correlata a stati emotivi e accompagna il discorso, nello stesso modo del gesto. Argyle propone una classificazione della postura dell'uomo: eretta, distesa, rannicchiata e in ginocchio. La postura rappresenta la posizione del corpo consapevolmente o inconsapevolmente assunta dal soggetto per definire la propria relazione con il contesto e con l'altro. Gli assetti posturali nell'ambito della comunicazione hanno un elevato

significato pragmatico, ossia influenzano in modo determinante il comportamento altrui. E ancora, essi assolvono ad un ruolo essenziale sia nell'aprire, mantenere o interrompere la comunicazione tra due o più individui, sia nello stabilire il tipo di relazione gerarchica che tra loro viene ad instaurarsi (Nanetti, 1996).

Comportamento spaziale: l'uomo è un animale territoriale e come tale desidera un proprio spazio intorno a sé. Nelle relazioni in genere ognuno di noi cerca di mantenere una zona cuscinetto, uno spazio protettivo dell'IO. Zona che si riduce con le persone amiche, mentre si allarga con gli sconosciuti; la legge riconosce la territorialità, nessuno infatti può entrare in una casa senza il permesso del proprietario. La collocazione del corpo nello spazio è il risultato fra le istanze di sentimenti, bisogni sociali, emozioni e condizionamenti culturali che agiscono su ogni individuo. Ogni comportamento allora esprime la natura della relazione con il mondo, il modo di percepirlo e concepirlo, l'eredità biologica, la realtà educativa sociale e psicologica di una persona in rapporto a se stessa e agli altri.

Lo studio dell'uso che l'uomo fa dello spazio sociale e personale e della percezione che ha è la Prossemica. Importante in ambito assistenziale, in quanto, l'ospedalizzazione stravolge le abitudini e l'uso personale dello spazio, fino ad arrivare, alla spersonalizzazione, che in taluni casi (anziani) può divenire fattore causale di stati patologici (disorientamento spazio temporale); per quanto concerne il comportamento della distanza sembra che vi siano nell'uomo certi istinti innati, ovvero che il comportamento sia regolato da un livello inconscio. Gli studiosi di cinesica parlano volentieri di leggi "non scritte", che regolerebbero il nostro comportamento per quanto riguarda certe "zone". Come sappiamo, noi non permettiamo a qualsiasi individuo di avvicinarsi alla stessa maniera. Nell'ambito della relazione interpersonale, lo spazio che ci circonda viene ripartito in zone. Hall, citata in Nanetti (1996) ha analizzato la questione e ne descrive quattro: la *zona intima*, la *zona personale*, la *zona sociale* e la *zona pubblica* (Tabella 3.1).

Tabella 3.1 La distanza interpersonale secondo Hall, 1966

Zona intima (45 cm)

Permette relazioni intime, contatto fisico, consente di sentire l'odore, di percepire l'intensità delle emozioni. La zona intima viene detta "**bubble**", che significa bolla; circonda il nostro corpo come una seconda pelle; all'interno della nostra bolla ci sentiamo sicuri e perciò teniamo le persone a giusta distanza dal nostro corpo. Ma qual è la condizione alla quale lasciamo che qualcuno entri nella nostra bolla? La condizione per cui lasciamo deliberatamente che qualcuno acceda alla nostra zona intima è la fiducia. Ma non basta! Non tutti coloro verso cui nutriamo fiducia sono ammessi deliberatamente nella nostra zona intima.

Zona sociale

Si annulla completamente la possibilità del contatto fisico compensata dalla diretta visione dell'interlocutore. La voce assume un tono più alto; la nostra zona sociale è riservata a contatti sociali di tipo superficiale, per esempio ai conoscenti, alla maggior parte dei colleghi e dei capi.

Zona personale

L'odore e il calore dei corpi non può essere percepito e il tono della voce è moderato.

Nella nostra **sfera personale** ammettiamo volutamente tutte quelle persone con cui non siamo in intimità, ma che non ci sono così estranee da dover arrestarsi nella zona immediatamente successiva.

Se spinti dalla necessità di dover avvicinarci ed entrare nella zona intima o nella zona personale come ci comportiamo?

Quando siamo costretti per necessità ad avvicinarci troppo ad un altro, lo trattiamo secondo "un patto" non scritto, come una "non-persona", inculcato dalla educazione che abbiamo ricevuto. È noto che i giapponesi soffrono meno di noi se si trovano nella folla. In occidente vige un "comandamento" che si deve imparare da bambini: evitiamo il contatto oculare, ci irrigidiamo, non parliamo, lo facciamo solo se necessario.

La zona pubblica

È la comunicazione pubblica (lettura di una relazione a convegno), in questo caso la gestualità viene caricata e amplificata. Ad esempio, in un aula, il docente che desidera mantenere l'estensione dell'area pubblica, può porsi, seduto o eretto, dietro la scrivania.

Orientamento del corpo: porsi l'uno di fronte all'altro, posizione detta a "*vis-à-vis*", solitamente esprime la volontà di scegliere quella persona per una comunicazione privilegiata; la posizione fianco - fianco è tipica di situazioni collaborative; la posizione a novanta gradi caratterizza la relazione di aiuto, stare al fianco del letto del paziente, sguardo alla stessa altezza.

Gestualità: i gesti inviano segnali molto evidenti, che però, nelle varie culture, possono cambiare, sia come numero ed intensità, sia come significato. Ekman e Friesen definiscono alcuni segnali emblematici, cioè segnali emessi intenzionalmente come significato specifico che può essere tradotto in parole e addirittura ripetere e sostituire il contenuto della comunicazione verbale, ad esempio l'atto di scuotere la mano in segno di saluto, l'atto di indicare qualcosa, etc. Questi segnali possono essere utilizzati quando la comunicazione verbale è ostacolata. Ad esempio, quando non conosciamo la lingua e cerchiamo di farci comprendere dall'altro. I gesti illustratori invece sono rappresentati da tutti i movimenti fatti con le mani che normalmente sono realizzati attraverso la comunicazione verbale. Il loro scopo è quello di illustrare ciò che si sta dicendo, segnali che sono emessi consapevolmente e in taluni casi con deliberato intento del parlante a segnalare aspetti particolari del suo eloquio. Altri segnali sono invece definiti indicatori dello stato emotivo del parlante che li produce, nonostante il volto sia la fonte di indizio dello stato emotivo. Pensiamo ad esempio che l'ansia produce mutamenti riconoscibili nei movimenti corporei. Altri segnali sono i gesti di adattamento che rappresentano un modo di soddisfare e controllare i bisogni, le motivazioni e le emozioni che riguardano situazioni in cui la persona si trova. In genere sono segnali emessi inconsapevolmente e senza l'intenzione di veicolare un messaggio preciso.

Silenzio: anche il silenzio è una forma di comunicazione. In assenza del linguaggio verbale, è ovviamente la globalità della comunicazione non verbale a determinare il significato da attribuire al silenzio: aggressività e rifiuto del legame, oppure rispetto, partecipazione emotiva, comunione affettiva talmente profonda da non richiedere parole.

Contesto: ogni comunicazione si situa sempre in una relazione, ovvero in un sistema di relazioni e ne dà la lettura. Secondo Bateson, il contesto è matrice di significati; il contesto è dato dal tempo, dallo spazio e dallo spessore sociale. Il momento (storico, orario, stagione, ecc.), il luogo (casa, scuola, ospedale, ambulatorio, strada, area geografica) e l'insieme di convenzioni, di cultura, di esperienze danno significato alla comunicazione ed alla relazione comunicativa. Ad esempio: stare in costume da bagno di fronte ad altre persone ha un "senso" (spessore sociale) se si sta al mare (spazio) durante l'estate (tempo). Stare in costume da bagno ha un altro "senso" se si sta in centro di Milano; oppure, spogliarsi davanti ad altri ha un senso se viene fatto in ospedale, durante una visita medica, ed un altro se viene fatto in autobus. Nel caso in cui il contesto non è condiviso, si possono avere "disguidi" ed incomprensioni a livello comunicativo, perché ciascuno dà un significato diverso a ciò che accade (Natoli et al., 2006).

La relazione di aiuto infermiere-paziente

Le professioni di aiuto "*helping professions*" comprendono un'ampia gamma di figure, dall'insegnante all'educatore, allo psicologo allo psicoterapeuta, dall'assistente sociale all'infermiere, al medico al fisioterapista ed altri ancora. L'operatore sanitario e il paziente sono i due

attori principali della relazione: ognuno di loro ha proprie caratteristiche, da quelle anagrafiche e legate al ruolo a quelle più legate agli atteggiamenti personali. La relazione infermiere – paziente – famiglia non è una relazione paritaria, ma asimmetrica, saperi e poteri diversi la caratterizzano: uno necessita di cure, l'altro le eroga. L'infermiere è formato sulle competenze di cura e assistenza, trattamento e prevenzione, ma solo il paziente ha l'esperienza diretta della malattia, del contesto sociale in cui vive, della propria attitudine al rischio, dei propri valori e preferenze. Da ciò deriva che l'obiettivo salute non può non essere ottenuto che dall'unione dei due soggetti, operatore e assistito. Affinché l'infermiere possa agire direttamente sulla relazione e sulle cure assistenziali occorre infatti che, oltre a conoscere se stesso e il contesto in cui opera, sappia chi è il malato, qual è il suo temperamento e quali sono le sue aspettative (Fassio, 2006).

La relazione interpersonale di aiuto è stata descritta sul piano dinamico da Hildegard Peplau, infermiera americana, accademica e leader del nursing psichiatrico. Nel testo *Interpersonal Relation in Nursing* (1952) ella esorta gli infermieri ad utilizzare il rapporto interpersonale nella pratica assistenziale come strumento terapeutico. L'attenzione è posta sulla relazione come potenzialità terapeutica. L'operatore che ha più relazione con il malato può influenzare lo stesso ad aprirsi. L'espressione "fare con il paziente" piuttosto che "fare per il paziente" delinea e riassume un cambiamento di paradigma nell'infermieristica, che Peplau aveva intuito già qualche decennio fa, ma che esprime grande attualità. L'infermiere osserva e ascolta i pazienti e sviluppa un'idea e un'impressione generale circa il significato della situazione che vive la persona. Aiutare allora significa anche attivare, alimentare, sollecitare tutte le potenzialità dell'individuo, stimolare l'attivismo bloccato, rimuovere gli ostacoli allo sviluppo, agire insomma in un'ottica di *empowerment* (Arnold e Underman Boggs, 1999).

Nella visione di Peplau l'infermiere aiuta il paziente a definire il problema di salute evitando l'ansia derivante dall'impatto dei bisogni non soddisfatti; il paziente ha bisogno di riconoscere e capire la propria difficoltà, e partecipare all'evento malattia, affidandosi a chi gli infonde sicurezza, protezione e sensibilità di fronte alla minaccia della malattia, identificandosi con chi lo sostiene. Le risposte positive possono far diminuire il senso di impotenza rafforzando la speranza e il *coping*. Il paziente cerca di trarre utilità dai servizi e cure offerte attraverso la relazione interpersonale.

L'infermiere si trova a simbolizzare funzioni di tipo psicoterapeutico indirette, funzioni che servono a soddisfare esigenze psicologiche ed a compensare sentimenti che vengono riattivati durante la fase di malattia, come la regressione. L'autrice parla di **ruoli surrogati**: i pazienti proiettano negli infermieri ruoli che sembrano necessari per affrontare un problema contingente, ruoli che non hanno una base razionale; questi ultimi vengono agiti dall'infermiere che da *estraneo* diventa *insegnante, consulente, guida, sostegno, sostituto materno*, etc. Importante che l'infermiere sia consapevole delle proprie e altrui reazioni emotive; ciò che conta per Peplau è l'utilità della comprensione del proprio comportamento (come operatore) per aiutare gli altri a capire le proprie difficoltà. L'introspezione e l'autoanalisi diventano allora strumenti di crescita personale e professionale.

I principi della relazione di aiuto

Una possibile strada che l'infermiere può intraprendere nella gestione della relazione di cura è indicata dall'**approccio centrato sulla persona** di matrice rogersiana. A Carl Rogers (1970) va il merito di aver approfondito la relazione di aiuto definita come: "una situazione

in cui uno dei partecipanti cerca di favorire, in una o ambedue le parti, una valorizzazione maggiore delle risorse personali del soggetto ed una maggiore possibilità di espressione". Riguarda quasi tutte le relazioni di orientamento, sia in campo educativo o professionale, sia più strettamente terapeutico. In ambito professionale, come ad esempio quello infermieristico, la qualità dell'incontro interpersonale costituisce l'elemento più significativo nel determinare l'efficacia della relazione. L'infermiere perciò deve essere professionista e non "amico" anche se per svolgere il suo ruolo deve raggiungere una grossa vicinanza emotiva con il paziente.

Condizioni necessarie che investono l'infermiere nell'ambito della relazione sono: l'accettazione incondizionata, la congruenza, l'empatia.

L'**accettazione incondizionata** è esprimibile nella capacità di accogliere e non giudicare l'altro nella sua individualità di persona, anche se manifesta valori ed esperienze estremamente diverse dalle proprie; ciò non significa, tuttavia, approvazione incondizionata. In questo senso all'infermiere non viene chiesto di accettare senza riserve il comportamento della persona, ma di riservare in ogni condizione l'interesse, l'attenzione e il rispetto che le è dovuto (Iavarone e Iavarone, 2004).

Nella relazione interpersonale giocano a sfavore i **pregiudizi**, è importante per l'infermiere acquisire consapevolezza o profonda comprensione dei propri pensieri, sentimenti, reazioni o pregiudizi: in particolare nella relazione di aiuto si entra in contatto con persone-pazienti che per caratteristiche, stili di vita, gruppi etnici, situazioni possono farci sentire a disagio e causarci qualche difficoltà o considerevoli difficoltà. I pregiudizi tendono a rimanere costanti e rigidi, rifuggono dai cambiamenti, ben di rado vengono sottoposti a verifica e talvolta sono attivi senza che noi ne siamo realmente coscienti. Tuttavia, il pregiudizio non è una brutta cosa in sé, è uno strumento di orientamento che consente di non dover ripartire ogni volta da zero, permette di anticipare il significato di ciò che vediamo accadere in modo da proteggerci da brutte sorprese, è un prodotto della nostra esperienza, che va tuttavia tenuto a bada e governato. Il pregiudizio diventa un fattore negativo e ostacolante nella relazione assistenziale quando si trasforma in certezza, impedisce di cogliere i segnali di differenza, appiattisce le cose che sembrano simili trasformandole in cose già viste, tutte uguali tra loro. È quello che può accadere all'infermiere esperto, che di pazienti ne ha visti e assistiti tanti e facilmente può essere indotto a pensare: "ecco un'altro di quelli che non ti stanno a sentire"; "questo è il classico paziente rompiscatole"; ogni operatore evoca nella sua mente altri pazienti o familiari, che parlavano come lui, dicevano le stesse cose, chiedevano le stesse cose. Ma è proprio vero? O sono simili in alcune cose, ma molto diversi per la loro storia, la loro situazione di vita, il modo di entrare in relazione con il mondo e con gli altri? (Bert e Quadrino, 2002).

La **congruenza** consiste nella capacità di essere in reale, costante e profondo contatto con i propri pensieri, emozioni e vissuti e di averne quindi una lucida consapevolezza; non va confusa con il concetto di autenticità che è la capacità di esprimere questo stato di trasparenza interiore attraverso comportamenti adeguati, quindi, la congruenza si attua soprattutto nel rapporto con se stessi, mentre l'autenticità nel rapporto con gli altri. Il buon facilitatore della comunicazione è autentico quando è in uno stato di "accordo interno" o "congruenza" e trasmette questo suo modo di essere con "trasparenza". La trasparenza è la capacità di comunicare ciò che il soggetto-paziente suscita in noi, sempre a condizione che ciò sia reso nell'interesse di quest'ultimo. Per l'infermiere, saper essere autentico significa pensare intensamente a tutto ciò che si prova e si dice; l'autenticità non è l'azione di dire tutto ciò che si pensa in modo incontrollato, poiché ciò può pregiudicare la relazione, piuttosto significa apertura, disponibilità anche di fronte ad un atteggiamento di chiusura

o di difesa dell'altro (Natoli et al., 2006). Una persona mostra incongruenza se afferma di sentirsi bene, ma la sua postura e l'espressione del viso dimostrano il contrario (segno caratteristico delle persone con problemi psichici, nella persona schizofrenica vi è una discordanza affettiva). Le osservazioni devono essere considerate come ipotesi, non dovrebbero mai costituire una base sufficiente su cui costruire giudizi affrettati nei confronti di una persona.

L'empatia è una dimensione socio – affettiva che funge da fondamento dell'intersoggettività e della relazione: *"Non esiste, infatti, relazione sociale significativa che non comporti empatia: dal consolare un bambino che non sa ancora dire a parole il proprio disagio, al partecipare alla gioia di un amico, al sintonizzarsi sullo stato d'animo della persona amata"* (Bonino, 2006). Per essere socialmente competente non è sufficiente arrivare ad intuire pensieri e azioni altrui, dobbiamo entrare in sintonia con l'altro, nel senso di condividere ciò che sente, le sue emozioni e i suoi sentimenti. Empatizzare significa, dunque, capire e condividere, creare uno spazio di condivisione tra noi e gli altri, uno spazio dentro di noi per accogliere l'altro che aiuta la persona a sentirsi capita, non sola. Rogers ha definito l'empatia: *"il 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, ma senza mai perdere di vista questa condizione di come se"*; e ancora, *"quando qualcuno capisce come sento e come penso di essere, senza volermi analizzare o giudicare, allora sento, in una tale atmosfera, di poter aprirmi e crescere. Sono certo di non essere solo in quel sentimento"*.

La ricerca attuale nell'ambito della psicologia tende ad interpretare l'empatia come un processo cognitivo-emozionale e, in questa prospettiva, si prende atto che essa è in funzione sia dello stato emotivo, sia della rappresentazione del mondo dell'altro. Rimane però aperta la questione sul carattere interazionale di queste due funzioni e sul loro rispettivo peso nel realizzare il comportamento empatico. Inoltre, sono da considerare anche i tentativi dei ricercatori di descrivere il *comportamento empatico*, come variabile misurabile, allo scopo di verificarne gli effetti nel rapporto relazionale con il paziente.

L'empatia è considerata un potente fattore curativo, un ingrediente primario nella relazione di aiuto non difensiva, non solo nell'ambito della psicoterapia, ma anche in ambito clinico. Al di fuori del circuito psicoterapeutico, diversi autori quali Rogers, Curkuff, Peplau, La Monica (citati in Reynolds, 2000) hanno suggerito che la qualità della relazione con il paziente può influenzare positivamente il decorso e l'esito della malattia. Una comunicazione empatica gioverebbe a creare un clima di fiducia con l'assistito, a comprendere i bisogni, a favorire l'aderenza alla terapia, a sviluppare un atteggiamento di *self care*, a favorire il cambiamento. Le ricerche finora effettuate hanno fornito solo una minima evidenza nel supportare che l'empatia offra influenze positivamente gli esiti di salute. Ciononostante, l'ipotizzata relazione tra empatia e benefici sulla salute e nel rapporto infermiere – paziente rimane un'affermazione ragionevolmente corretta. È stato dimostrato che un basso livello di empatia comporta: a) il paziente che necessita di essere capito, può non essere capito o può non sentirsi capito; b) la mancata comprensione dei bisogni dei pazienti limita gli infermieri a fornire informazioni essenziali e supporto emotivo e, in alcuni casi può contribuire in modo sfavorevole agli esiti di salute, aumentando il *distress* per quei pazienti che dovrebbero essere aiutati (Cunico et al., 2003).

Il modello di empatia elaborato da Bonino, Coco e Tani (2006) individua alcune tipologie di risposta empatica disposte secondo un *continuum* evolutivo il cui grado di differenziazione è dato dalla diversa combinazione di fattori e di processi di mediazione cognitiva sempre più raffinati. Il primo stadio è rappresentato dal *contagio emozionale*, una forma di forte condivisione emotiva non controllata cognitivamente che può portare l'operatore all'evitamento e al rifiuto della relazione; al secondo stadio si colloca l'*empatia per condi-*

visione parallela in cui la mediazione cognitiva non risulta ancora in grado di fornire un sufficiente livello di differenziazione tra sé e l'altro, come nel caso dell'attribuzione al soggetto delle proprie emozioni e sentimenti. All'ultimo stadio, si trova infine, l'*empatia* propriamente detta, in cui il sapiente e consapevole utilizzo di elementi di mediazione cognitiva rende possibile, allo stesso tempo, la condivisione e la differenziazione dallo stato emotivo dell'altro.

Un altro elemento fondamentale e rilevante nella relazione di aiuto è avere una *buona percezione di sé* come persona. Carkhuff (1987), a proposito sostiene che *"se una persona che aiuta non ha interesse per il proprio sviluppo fisico, intellettuale ed emotivo, non è in grado di aiutare un altro a realizzarsi in nessuna di queste dimensioni"*.

La giusta distanza. Trattare con persone che soffrono implica una grossa spesa di energia psichica. L'infermiere ed altri professionisti sanitari sono esposti alla sofferenza, al contatto con il dolore continuo e ciò richiede la capacità, non comune, di presa in carico del dolore altrui. I fattori che entrano in gioco sono tanti, da quelli personali a quelli legati al contesto lavorativo. È più a rischio chi confonde coinvolgimento personale e professionale, chi tende a coinvolgersi senza un'adeguata lettura della realtà, senza un calcolo delle risorse e degli aiuti; il coinvolgimento può farsi particolarmente stressante quando si creano identificazioni e le difese entrano in crisi. In un rapporto molto stretto l'empatia può saltare, e avviene una vera e propria "con-fusione" di vissuti. Le emozioni dell'altro diventano contagiose e brucianti (Sandrin, 2004). La mancata differenziazione tra sé e l'altro può portare, inoltre, alla messa in atto di meccanismi di evitamento e di fuga quando il vissuto del soggetto viene percepito come eccessivamente invasivo e destabilizzante.

Completamente differente è invece la situazione in cui può non verificarsi alcuna immedesimazione, ma solo l'attribuzione all'altro di uno stato emotivo precedentemente esperito in situazioni analoghe. In tutti questi casi, l'infermiere risulta incapace di attivare condotte generatrici di cambiamento in positivo della situazione di disagio dell'assistito.

Molta sofferenza nei professionisti dell'aiuto, specialmente in coloro che lavorano con la malattia, il disagio, la disabilità, sta nel vedere infrangersi l'immagine di risolutore di tutti i problemi. Per sentirsi realizzati nel proprio lavoro c'è bisogno di rivedere e rielaborare la propria immagine di "aiutante" e "curante", adattandola ai vari ambiti di lavoro, abbandonando quella di "guaritore onnipotente" (vera e propria trappola nelle professioni di aiuto e di cura) per fare propria quella di *guaritore ferito*, di colui che sa di non poter risolvere tutti i problemi ma di poter "prendersi cura" della persona che soffre, alleviandole il dolore, ma sa anche che non si possono curare le ferite dell'altro senza riconoscere e curare le proprie (Sandrin, 2004).

La dimensione emotiva, empatica, dunque, rappresenta il nodo cruciale del lavoro di cura; è necessario riuscire a tenere a bada la forte esposizione emotiva, mantenendo la "giusta distanza" che la dimensione professionale necessita. La giusta distanza non è calcolabile, né definibile e la sua possibilità si dà soltanto in un percorso di apprendimento dall'esperienza, di riflessione, di ascolto di sé, la capacità di porsi domande. Per ascolto di sé si intende la capacità e l'impegno da parte dell'infermiere di rendersi consapevole delle proprie emozioni, dei propri sentimenti e pensieri, affinché questi diventino uno strumento di conoscenza e non un ostacolo alla relazione. L'ascolto di sé presuppone un'osservazione come pensiero e un'osservazione come emozione. La globalità dell'altro è paradossalmente colta non solo per quello che percepisco direttamente dell'al-

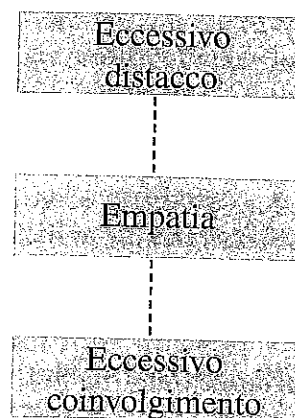


Figura 3.1. Trovare la "giusta" distanza

tro, ma per ciò che percepisco attraverso le mie emozioni (fenomeno del controtransfert) (Nanetti, 1996).

Lo sviluppo corretto e consapevole da parte dell'infermiere di dinamiche relazionali continue e stabili, quindi funzionali ai bisogni di cura, implica – necessariamente – l'acquisizione di un'elevata competenza nel campo della comunicazione interpersonale, una coltivata abitudine alla riflessione intrapersonale, la capacità di valutare le proprie difficoltà, e la richiesta di supervisione, nonché sostegno quando necessario (Iavarone e Iavarone, 2004) (Figura 4.1).

Stili e tecniche che facilitano il colloquio nella relazione di aiuto

L'aiuto, nella relazione infermiere – paziente, può assumere varie forme: ascoltare, informare, educare, essere vicini, non lasciare soli, condividere, supportare. Il rapporto supportivo è considerato il miglior tipo di relazione terapeuticamente valida fra infermiere e paziente (Sheldon Kennedy, 2004).

Il colloquio infermieristico accompagna molti momenti dell'assistenza, e non sempre è programmato; esso offre una possibilità di ascolto nel momento in cui il paziente manifesta una sofferenza ed esprime una richiesta. L'azione benefica può essere immediata, assumendo una funzione di assicurazione, di mediazione e di attesa dell'intervento medico. La parola dell'infermiere deve permettere quella del paziente e non deve sostituirsi ad essa.

Condurre un colloquio richiede all'infermiere **capacità relazionali** e **abilità comunicative**; queste a loro volta si distinguono in abilità di porre domande, di ascoltare, di rispondere. Queste abilità possono essere apprese attraverso tecniche specifiche ma sviluppate con l'esperienza professionale e la supervisione di colleghi esperti.

L'abilità di porre domande

Si pongono domande soprattutto per sollecitare e ottenere informazioni al fine di conoscere più pienamente la persona che si assiste. Tuttavia porre buone domande è un'abilità che richiede pratica.

La forma della domanda che viene posta è un determinante significativo della risposta ottenuta dal paziente. Quando si ascolta veramente il paziente, la tentazione di fare domande con frequenza o in modo inappropriato diminuisce (Hough, 1999).

Possiamo distinguere domande chiuse e domande aperte, queste ultime sono sicuramente le più efficaci per costruire una relazione di aiuto.

La **domanda aperta** offre al paziente l'opportunità di rispondere con il suo tempo, di espandere e chiarire aree significative di preoccupazione. Le domande aperte invitano a raccontare: "Cosa ricorda di quello che sentiva prima della crisi...?" La domanda così posta, non solo stimola il paziente a fornire un quadro più esaustivo della sua storia clinica, ma reca con sé il vantaggio di non trasmettere l'opinione che l'infermiere può avere o aspettative preconcepite sul suo decorso patologico. Al contrario, alla domanda "Si sono verificati problemi all'inizio di questo disturbo...?", le parole dell'infermiere potrebbero essere intese dal paziente nei termini di: "Se mi chiede se ci sono stati problemi, vuol dire che si aspetta così". In genere le domande aperte iniziano con "come", "cosa", "in che modo", "quando", esempio "Come mai è così preoccupato per questo esame?". Nel contesto assistenziale le domande "perché" sono limitanti, in quanto tendono a inibire la reale comunicazione invece di aprirla e, di conseguenza, la persona può mettersi sulla difensiva.

Le **domande chiuse** prevedono una risposta specifica ed hanno soprattutto la funzione di raccogliere dal paziente informazioni, sono molto usate nelle anamnesi e nell'accertamento infermieristico per avere risposte veloci, chiare su un particolare argomento. Possono aiutare l'infermiere a sviluppare un colloquio ordinato, e in certe circostanze, come l'accerta-

mento infermieristico o situazioni di emergenza, appaiono appropriate: "Ha ancora dolore?", "Riesce a dormire di notte?", tuttavia, possono impedire al paziente di esprimersi liberamente.

Il miglior approccio è quello che combina le domande su un continuum che va da quelle ampie (aperte) a quelle maggiormente focalizzate (chiuse).

Anche il numero e la sequenza delle domande che si pongono possono ostacolare o facilitare il colloquio. Formulare una **domanda per volta**, in modo chiaro, esplicito, incisivo evita di sottoporre il paziente ad una sorta di interrogatorio.

Le **domande multiple** sono spesso imbarazzanti e inopportune, spesso confondono i pazienti, specialmente quelli i cui processi di pensiero sono stati disturbati dallo sconvolgimento emozionale e dal dolore; gli anziani, in particolare, possono trovare difficile seguire il filo di una domanda multipla, generalmente si riesce a rispondere a una parte della domanda (di solito l'ultima). Esempio: "Mi diceva che non riesce a prendere il diuretico con regolarità" "La notte non riesce a dormire perché di deve alzare a urinare, ma quante volte ?, Con il precedente diuretico non succedeva?" "Mi spieghi meglio...".

La **tecnica eco** è un'altra tecnica utile di comunicazione, consiste nella ripetizione in forma interrogativa di un termine utilizzato dal paziente, su cui la comunicazione paraverbale (frequenza e intonazione del parlato) o non verbale (gestualità, mimica del paziente) ha catturato l'attenzione dell'infermiere. La tecnica eco si aggancia a questi segnali e li utilizza come strumento per dare l'occasione al paziente di approfondire il discorso su un tema che lui stesso ha portato. Esempio: il paziente "Come faccio a stare a dieta in un periodo come questo, con un dispiacere dopo l'altro, e nessuno sembra accorgersi che sto crollando..." e l'infermiere "Accorgersi che sta crollando...".

L'abilità di ascoltare

Non c'è dialogo se non c'è ascolto, senza il nostro impegno a comprendere quanto l'altro ci vuole comunicare. Per ascolto non intendiamo il semplice tacere per permettere all'altro di parlare. Non si ascolta con le orecchie ma con la mente. La comunicazione infatti non è mai la trasmissione a senso unico di conoscenze e informazioni; essa è la costruzione di significati condivisi, che impegna entrambi gli attori – chi ascolta e chi parla – nella reciproca attenzione e comprensione. Per questo una buona comunicazione non è mai disgiunta dall'empatia e dalla capacità di mettersi nei panni dell'altro, in una contrattazione in cui gli aspetti cognitivi si intrecciano con quelli emotivi e motivazionali (Bonino, 2006).

Fredriksson (1999) afferma che per essere in grado di ascoltare attentamente, colui che ascolta ha bisogno di silenzio, è necessario quando si ascolta far tacere sia la bocca che la mente. È importante restare zitti e concentrarsi su ciò che il paziente ha da dire. Va sottolineato che l'ascolto non coincide con l'altruismo, una persona può sacrificarsi per l'altro e tuttavia non ascoltarlo affatto. L'ascolto autentico dell'altro esige accettazione (che non significa approvazione e negazione del dissenso) e coinvolgimento (che implica azione), partecipazione e riconoscimento. L'ascolto autentico presuppone due fondamentali modalità: l'ascolto critico e l'ascolto empatico.

L'**ascolto critico** è soprattutto centrato sulla decodifica dei messaggi e sul costrutto logico di ciò che l'altro dice per individuare e valutare la razionalità e la coerenza del suo discorso.

L'**ascolto empatico** invece non vuole esplorare la razionalità del discorso dell'altro, ma vuole comprendere le sue motivazioni ed intenzioni sottese. Con l'ascolto empatico ci si "mette nei panni dell'altro", ci si pone dal suo punto di vista, si entra nella sua visione della realtà, per cogliere non in modo analitico ma intuitivo, diretto, immediato, la totalità e l'essenzialità del suo esserci. Se l'ascolto critico indaga l'altro e cerca difetti ed errori, l'ascolto empatico lascia l'altro essere se stesso nel suo mistero e cerca virtualità e potenzialità. Chi

ascolta empaticamente non prepara le risposte mentre l'altro parla, non interrompe, e se lo fa è per fare domande con l'intento di assicurarsi di avere capito correttamente. L'ascolto autentico, comunque, non privilegia un tipo di ascolto sull'altro, in quanto entrambi, sia l'ascolto empatico che l'ascolto critico, hanno una propria funzionalità. Si può focalizzare l'attenzione più sull'uno o sull'altro, a seconda di determinate circostanze e dei bisogni del nostro interlocutore (Nanetti, 1996). Se un paziente ci spiega la sua difficoltà motoria nella deambulazione sarà opportuno ascoltarlo in modo critico, mentre se deciderà di confidarci il suo timore di sottoporsi ad un esame invasivo sarà opportuno immergersi nel suo mondo "interno" attraverso un ascolto empatico che gli consentirà di sentirsi profondamente compreso nel suo disagio.

Sono di seguito descritte alcune **tecniche che facilitano l'ascolto** nella relazione con il paziente.

Non interrompere il paziente per chiedere chiarimenti fino a che non abbia completato il suo discorso. È un principio che sostiene l'ascolto attivo, tuttavia, di fronte al caso di un paziente che riferisca in modo logorroico e dispersivo o che compia numerose digressioni, l'infermiere può intervenire riconducendo il colloquio e formulando domande più specifiche inerenti al contenuto, oggetto di reciproco interesse.

Rispettare le pause e i silenzi, poiché permettono l'accesso a informazioni più profonde e imprevedibili e l'espressione di significati importanti per il paziente ma lontani dalle ipotesi che poteva fare l'infermiere.

Utilizzare **tecniche di incoraggiamento** rappresentate da brevi frasi accompagnate da un tono di voce che invita il paziente a continuare: "Ho capito...", "E poi...", "Ok...", "Siii...".

Formulare risposte per comprendere e sostenere il paziente

Rispondere è un'abilità complessa. Per poter rispondere è necessario prestare attenzione, osservare e ascoltare attivamente il paziente. L'infermiere deve lasciare esprimere al paziente il suo punto di vista, in quanto è considerato la persona più "al corrente del problema", accettandone il contenuto e cercando di comprenderlo.

Utilizzare un **linguaggio facilmente comprensibile** per il livello culturale dell'assistito. È un'indicazione valida soprattutto se il paziente possiede un livello culturale di grado non elevato. Semplificare il lessico, tuttavia non significa far scadere il tono e il registro della comunicazione, né l'infermiere può, in alcun caso, sentirsi legittimato a svilire o banalizzare i termini del discorso perché ciò restituirebbe al paziente una frustrante sensazione di inadeguatezza.

La tecnica del **riformulare o rispecchiare** di derivazione rogersiana è per eccellenza quella che più ci permette di comprendere empaticamente gli assistiti. Essa consiste nel dire con parole diverse, ciò che il paziente o familiare ci ha appena detto; lo scopo è di trasmettere, da un lato, che abbiamo compreso la sua situazione e che può quindi stabilire con noi un rapporto di fiducia e, dall'altro, di verificare se abbiamo davvero compreso l'essenza del problema, senza introdurre niente di strano e di interpretativo. Al paziente viene rimandata la sua immagine come in uno specchio, aiutandolo a prendere coscienza di sé in modo più distaccato.

Esempi di una risposta di riformulazione: paziente: "no, è inutile che insistano a volermi fare rimanere qui; io una casa ce l'ho e non voglio che altri se la prendano..."; infermiere: "mi sembra di capire che lei pensa di perdere casa sua mentre è qui..."; familiare: "è già successo una volta che a mia madre venissero somministrati dei farmaci che poi l'hanno mandata fuori di sé..."; infermiere: "quindi ritiene che la causa principale del disorientamento di sua madre sia stata un'errata terapia farmacologica..."

In questo senso, attraverso la riformulazione si facilita l'avvio di un processo di oggettivi-

vizzazione del problema da parte del paziente/familiare. L'infermiere identifica gli elementi costituenti il problema, presupposto per comprendere e chiarire ulteriormente i contenuti del colloquio (es. timore perdita della casa, paura perdita dell'autonomia; timore del familiare di errore di terapia, etc.).

Utilizzare brevi **ricapitolazioni** per verificare se quello che ha compreso l'infermiere coincide con ciò che voleva esprimere il paziente.

Utilizzare **tecniche di legittimazione** che esprimono l'accettazione incondizionata da parte dell'infermiere del punto di vista del paziente "È comprensibile il suo disagio a prendere il diuretico quando ha impegni fuori casa, capisco perché non lo assume in quelle occasioni...".

Utilizzare **espressioni empatiche** che hanno lo scopo di prestare attenzione allo stato emotivo del malato; il messaggio verbale va accompagnato da gestualità, sguardo e comportamenti supportivi, per esempio "Capisco che questo la preoccupi...credo sia molto doloroso per lei parlarne..." (Moja, 2000).

Stili e atteggiamenti che non facilitano la comunicazione e la relazione di aiuto

Al contrario delle tecniche che facilitano lo scambio comunicativo e l'esplorazione dei bisogni del paziente, frasi stereotipate, consigli non richiesti, dare giudizi risultano interventi comunicativi inappropriati, la cui centratura è sui bisogni dell'infermiere, piuttosto che sul paziente.

1. *Utilizzare frasi stereotipate (clichés), fuori luogo, prive di significato nel tentativo di rassicurare il paziente*

Sono frasi usate di fronte a situazioni critiche di pazienti nel tentativo di rassicurare e di dare coraggio, con il rischio di non tenere conto della reale situazione. Ad esempio: "Dai, dai coraggio...", "Sono in tanti che hanno il suo problema", "Non si preoccupi, vedrà che andrà tutto bene...", "Dai, dai che tutto passa...". Si negano così la paura, i sentimenti, il significato della comunicazione del paziente.

2. *Fornire consigli non richiesti: dire al paziente ciò che deve o non deve fare*

Un ostacolo al rapporto e alla cooperazione tra infermiere e paziente è dire al paziente ciò che deve o non deve fare: "Se fossi in lei, io farei...", "Penso che lei dovrebbe ..."; questo stile dell'infermiere nega la possibilità del paziente di condividere le decisioni con l'operatore.

3. *Dare giudizi, approvare o disapprovare i comportamenti del paziente*

Esprimere giudizi di valore sui discorsi dell'assistito in termini di: "Va bene quello che ha detto...", "È sbagliato rifiutare l'intervento chirurgico...", "Sono contenta che abbia deciso...", "Questo modo di comportarsi secondo me è sbagliato..." è un atteggiamento che impedisce la libera espressione dell'altro con il rischio di creare dipendenza dall'operatore. Soddisfa bisogni narcisistici di autoapprovazione dell'operatore e la difficoltà di creare un rapporto fondato sulla reciprocità.

Come iniziare una relazione di aiuto

Conquistare la fiducia del paziente

Naturalmente raccogliere informazioni sulla sua storia personale e clinica è importante ma presuppone che l'infermiere conquisti la fiducia del paziente. La malattia mette in crisi la fiducia che ogni persona ha in se stessa e nelle proprie capacità di far fronte alle difficoltà; ha pertanto, ancor più che nei momenti di benessere, la necessità di potersi fidare degli altri,

una relazione di aiuto tra infermiere e paziente si basa prima di tutto sulla fiducia, che può essere definita come la convinzione che l'infermiere capace di fornire aiuto ed assistenza in caso di necessità, e che di fatto lo farà. Poiché l'atteggiamento di fiducia si costruisce nella storia di ognuno di noi, soprattutto nella relazione con la madre, che è la persona cui il bambino indifeso si affida per la soddisfazione delle sue esigenze, le persone hanno un diverso grado di fiducia negli altri. Inoltre, per quanto riguarda i servizi sanitari, spesso il paziente si rivolge già con un atteggiamento di sfiducia, dovuto a precedenti esperienze o a pregiudizi. La fiducia da parte del paziente non è perciò un fatto ovvio e naturale, ed è necessario che l'infermiere si impegni a costruire un rapporto di fiducia; gli elementi che maggiormente concorrono a fondare la fiducia sono: una comunicazione efficace (con l'utilizzo delle tecniche sopra descritte) e in particolare la disponibilità all'ascolto unitamente alla coerenza nelle proprie azioni e tra le parole e le azioni; il paziente acquista fiducia se l'infermiere rispetta gli orari, è sollecito alle chiamate, provvede a ciò che ha promesso, è preciso e puntuale nelle informazioni. La fiducia comincia ad instaurarsi durante i primi contatti con il paziente e cresce via via che l'impegno nel rapporto viene provato e verificato. Dimostrazioni concrete di interesse facilitano il crearsi di un senso di fiducia.

Conoscere la storia del paziente: l'utilizzo dell'agenda

La relazione inizia con la conoscenza del paziente, che significa molto più del raccogliere dati sulla sua storia clinica. Quando una persona si ammala ha in genere una storia da raccontare su come vive la malattia. La storia clinica si riferisce generalmente a quella che gli autori di lingua inglese chiamano *disease*, cioè la malattia intesa in senso biologico - clinico. La narrazione del paziente ha invece a che fare con la *illness*, cioè la percezione che il paziente ha del proprio star male, e include gli effetti e le conseguenze che esso ha o avrà secondo lui sulla propria esistenza e sui propri sistemi di riferimento: familiare, lavorativo, sociale. Entrambe le prospettive, *disease* e *illness* sono importanti e da considerare: sostenere che una prevale sull'altra è del tutto fuorviante.

Tutte le malattie, acute e croniche, influiscono sulle scelte e sulle decisioni di un paziente ed a volte anche sulla sua identità. Essere capaci di raccontare quella storia aiuta il paziente a ridurre lo stress della malattia. Una storia, però, ha bisogno di qualcuno che la ascolti. Frank (1998) ha descritto i sentimenti provati quando era malato di cancro: *"Avevo bisogno della capacità [dell'operatore sanitario] di saper ascoltare per rendere la mia sofferenza un rapporto tra noi e non una gabbia intorno a me"*. Frank esprimeva ciò di cui aveva bisogno quando era malato. Le preoccupazioni personali che fanno parte della storia della malattia di un paziente indicano ciò che è importante per il paziente stesso. Mostrare interesse ascoltando consente all'infermiere di essere partecipe alla vita della persona.

La capacità di comprendere l'altro e la sua esperienza di malattia ha a che fare con la capacità di comprendere la storia che il paziente porta all'operatore, cioè quella che è chiamata la sua "agenda".

L'agenda del paziente è un concetto che descrive il vissuto soggettivo portato dal paziente quando chiede l'intervento del medico o dell'infermiere. Quattro sono le dimensioni principali dell'agenda del paziente individuate da Moja e Vegni (2000) e di seguito descritte:

- la dimensione dei *sentimenti* che il paziente vive nei confronti della malattia. I sentimenti sono una costante in ogni risposta soggettiva alla malattia. Ma benché una risposta emotiva all'essere malati costituisca una reazione universale, i suoi contenuti sono del tutto personali. Una cautela necessaria per prendere in considerazione i sentimenti è quella di considerarli unici, considerare quel sentimento di quel malato. Il significato di questa cautela è la possibilità di muoversi nella dimensione emotiva, area molto delicata, bandendo ogni posizione *a priori*. I sentimenti sono spesso il "biglietto da visita" dell'agenda

del paziente, si presentano immediatamente senza doverli cercare, si evidenziano in maniera esplicita o implicita nelle parole dei malati. Conoscerli serve per aiutare il paziente a gestirli, ad avere un controllo, a contenerli;

- la dimensione delle *idee o interpretazioni* che il paziente ha del suo star male. È nota l'esistenza di modelli di salute e malattia spesso diversi da una cultura all'altra ma anche all'interno di una stessa cultura e l'esistenza di modelli ingenui o popolari non scientifici: i malati hanno spesso modalità di interpretazione dei sintomi e ipotesi sulle malattie assai diverse da quelle degli esperti e indipendentemente dall'origine di queste interpretazioni il loro effetto si fa sentire nella comprensione della diagnosi o nell'accettare le terapie. Un costante fenomeno è anche quello che un paziente di fronte a dei sintomi di malattia tenta di darsene una spiegazione e a trovare dei rimedi; è impossibile avere una malattia e non costruirsi sopra delle interpretazioni. Cogliere una teoria considerata non valida aiuta a personalizzare l'informazione e l'adesione al trattamento perché frutto di un processo di ragionamento negoziato con il paziente;
- la dimensione delle *aspettative* e dei *desideri* che si articolano nei confronti dell'operatore e del colloquio stesso. Così come i sentimenti sono segnati dalla storia personale questo avviene anche per le aspettative e i desideri che devono essere oggetto di una specifica attenzione data la costanza del loro presentarsi. Possono aiutare a indirizzare il trattamento, condividere il piano terapeutico;
- la dimensione del *contesto di vita* del paziente nella misura in cui contribuisce a generare sentimenti, idee e aspettative del paziente ed è il contenitore nel quale si ripercuotono le attività sanitarie.

È probabile che le implicazioni della malattia sul piano personale non siano così ben organizzate in quattro settori specifici, né tanto meno che tali contenitori abbiano pareti stagne. Anzi, si può pensare che il punto di vista del paziente origini da un'intersezione di sentimenti, aspettative, idee e contesto che a loro volta si alimentano vicendevolmente. È questo entrare nella storia dell'altro, basato sulla condivisione empatica dell'esperienza di malattia, che permette all'operatore sanitario di *prendersi cura* di lui, cioè di stargli vicino, di accompagnarlo nel processo terapeutico (Zannini, 2003).

Si riporta un esempio per comprendere l'utilizzo dell'agenda in un colloquio tra l'infermiere e una paziente.

Situazione: la signora Fiore è ricoverata in chirurgia generale ed è stata sottoposta tre giorni fa ad un intervento di mastectomia per adenocarcinoma mammario destro. Fiore ha 50 anni, è sposata e madre di due figli, Giulia di 17 anni e Luca di 15. Lavora come responsabile dello staff commesse in un negozio di abbigliamento in centro città. È una donna di bell'aspetto, curata e attenta alla propria immagine. Nella sua famiglia, una cugina materna è morta di metastasi secondaria a tumore mammario.

L'infermiere entra in stanza e osserva che la signora Fiore è seduta, guarda fuori dalla finestra, assorta nei suoi pensieri...

Infermiere	Paziente	Tecniche del colloquio utilizzate dell'infermiere
1. Buongiorno signora Fiore (sorride)	2. (Reagisce al saluto con un debole sorriso)	
3. Come è andata la medicazione oggi?	4. Uhm...mi sono resa conto che non sarò più quella di prima, e...	Domanda aperta
5. E...?	6. Ho paura e temo di non farcela... immagino la reazione di mio marito quando vedrà questa ferita.. è difficile, molto difficile	
7. È difficile, lo so, e ci vuole molto coraggio, è preoccupata per la sua reazione? Agenda: sentimenti, emozioni	8. Sarà scioccato, non so come fare e... come andrà a finire! (scoppia in un pianto)	Infermiere incoraggia la paziente nell'autoesplorazione (tecnica di continuazione)
9. Silenzio		
10. Quello che sta provando è un processo naturale di dolore...perdere una parte del proprio corpo è un'esperienza molto dolorosa... ci vuole tempo per accettare...	11. Mi scusi, lo sfogo... non dovrei lasciarmi andare così...	Infermiere legittima e comprende lo stato emotivo della paziente (tecnica della riflessione)
12. Lei pensa che non si debba piangere anche quando si attraversa un momento difficile come questo? Agenda: interpretazioni, idee	13. Ha ragione, non è facile reagire alla mia situazione (sorride)	Infermiere mostra alla paziente i suoi pregiudizi verso il proprio comportamento
14. Sta un po' meglio ora?	15. Sì, ora va un po' meglio (pensierosa)	Domanda chiusa
16. C'è qualcosa altro che la preoccupa signora Fiore? Agenda: sentimenti e aspettative	17. Vorrei sapere qualcosa di più... i medici non dicono più di tanto, se non sei tu a chiedere... quando torno a casa posso svolgere i lavori domestici, come sempre?	Domanda chiusa

18. In un primo tempo dovrà limitarsi a svolgere alcune attività domestiche. Deve evitare i lavori pesanti come lavare i vetri, o stirare, utilizzare l'aspirapolvere, portare le borse della spesa...
Come pensa di organizzarsi dopo il suo rientro a casa?
Agenda: contesto

19. Ci tengo molto a tenere la casa in ordine...
prima di tutto dovrò cercare un aiuto domestico, almeno per i primi mesi, e contare sull'aiuto di mio marito,... e dei figli, per quanto possibile, perché vanno a scuola e sono impegnati in attività sportive...

Infermiere informa la paziente che ha bisogno di essere orientata sulla gestione nel post dimissione.

Domanda aperta

20. Mi sembra una buona idea, se ho capito bene per lei è molto importante tenere la casa pulita e in ordine... ma abbia cura di lei, almeno per un breve periodo dovrà lasciare un po' andare... è d'accordo?

21. Certo... (sorride)

Infermiere rinforza la scelta della paziente

23. Lei teme che il suo problema sia analogo a quello di sua cugina...?
Agenda: interpretazioni, idee

...

22. Senta infermiera cinque anni fa una cugina è stata ricoverata in questo reparto; anch'io come lei, ... la stessa storia...

Riservatezza e confidenzialità nella relazione di cura

Durante la relazione assistenziale con i pazienti l'infermiere diventa il "custode" di informazioni, di storie di vita, di speranze delle persone che deve conservare con rispetto e riservatezza.

La Carta Europea dei diritti del malato (2002) riporta 14 diritti dei pazienti, tra cui: "Ogni individuo ha il diritto alla **confidenzialità** delle informazioni di carattere personale, incluse quelle che riguardano il suo stato di salute e le possibili procedure diagnostiche o terapeutiche, così come ha diritto alla protezione della sua privacy durante l'attuazione di esami diagnostici, visite specialistiche e trattamenti medico - chirurgici in generale".

La **riservatezza** consiste nell'esigenza di non rendere pubblici quei fatti che dovrebbero rimanere privati perché attengono alla sfera più intima della persona. Il principio della riservatezza richiede ed impone all'infermiere che le informazioni su un paziente non siano divulgate; ciò che è documentato nella cartella clinica e/o infermieristica deve essere accessibile solo da coloro che assistono il paziente.

Inoltre l'infermiere è tenuto a rispettare il segreto professionale su tutto ciò che abbia visto, udito, letto, osservato, appreso, compreso o intuito direttamente o indirettamente durante l'esercizio professionale. Tuttavia è tenuto al segreto anche quando un paziente rivela notizie all'infermiere incontrandolo per caso al bar, in autobus, per la strada, o l'infermiere le apprende al di fuori dell'ambiente professionale.

Bibliografia

- Arnold E, Boggs K. (1999) *Interpersonal Relationship: professional Communication Skills for Nurses*. Philadelphia: Saunders.
- Balzer - Riley J. (2000) *Communication in Nursing*. St. Louis: Mosby.
- Bert G, Quadrino S. (2002) *Parole di medici, parole di pazienti counselling e narrativa in medicina*. Roma: Il Pensiero scientifico editore.
- Bonino S, Cocco A, Tani R. (2003) *Empatia. I processi di condivisione delle emozioni*. Firenze: Giunti.
- Bonino S. (2006) *Mille fili mi legano qui. Vivere la malattia*. Roma-Bari: Gius Laterza.
- Cannella B, Cavaglia P, Tartaglia F. (2001) *L'infermiere e il suo paziente*. Milano: CEA.
- Carkhuff RR. (1987) *L'arte di aiutare*. Trento: Erickson.
- Corner J. (1997) Beyond survival rates and side effects: cancer nursing as a therapy. *Cancer Nursing*, 20, 3-11.
- Cunico L, Meneghini A, Sartori R. (2003) La misura dell'atteggiamento empatico negli infermieri: una prima somministrazione della BEES in lingua italiana In *DIPAV* (Dipartimento di Psicologia e Antropologia Culturale di Verona) n°2, 125-140.
- Dugger J. (1999) *Le tecniche di ascolto*. Milano: Franco Angeli.
- Fassio O. (2006) La relazione con l'utente in: Mauri A. *Psicologia della salute. Contesti di applicazione dell'approccio biopsicosociale*, Torino: UTET.
- Frank AW. (1998) Just listening: narrative and deep illness, *Family System Health* 16 (3), 197.
- Fredriksson L. (1999) Models of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening, *Journal of Advanced Nursing*, 30, 1167-76.
- Hough M. (1999) *Abilità di counselling*. Trento: Erickson.
- Iavarone ML e Iavarone T. (2004) *Pedagogia del benessere*. Milano: F. Angeli.
- Kanizsa S. (1988) *L'ascolto del malato. Problemi di Pedagogia relazionale ospedaliera*. Milano: Guerini e Associati.
- Marchi R. (1993). *La comunicazione terapeutica*. Milano: Sorbona.
- Moia EA e Vegni B. (2000) *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Cortina.
- Nanetti F. (1996). *La comunicazione trascurata. L'osservazione del comportamento non verbale*. Roma: Armando.
- Natoli N, De Santis L, Giannini S. (2006). *Lezioni di Pedagogia*. Padova: Piccin Nuova Libreria.
- Reynolds WJ, Scott B. (2000) Do nurse and other professional helpers normally display much empathy? *Journal of Advanced Nursing*, 31, 226-34.
- Rogers C. (1970) *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Martinelli.
- Sandrin L. (2004) *Aiutare senza bruciarsi. Come superare il burnout nelle professioni di aiuto*. Milano: Paoline.
- Sheldon Kennedy L. (2004). *Communication for Nurses: talking with patient*. New York: SLACK incorporated.
- Watzlawick et al. (1971) *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.