

1. Counseling, la relazione di aiuto nei luoghi di cura: l'ascolto del paziente per un servizio migliore

Giorgio Zaffagnini
(Counselor ed esperto di comunicazione)

Questa ricerca offre l'occasione di riflettere sugli aspetti collegati al sostegno del paziente nei luoghi di cura. Questi aspetti, che costituiscono l'anima vera e propria del lavoro di ricerca che stiamo conducendo, spesso sono sottovalutati. Il sostegno psicologico e umano del paziente in genere è riposto sullo sfondo degli approcci di cura farmacologici, ed è di solito demandato alla buona volontà e predisposizione degli operatori sanitari.

Naturalmente per accettare una riflessione sul sostegno del paziente e quindi sull'ambito psichico ed emotivo della cura e della patologia, occorre ritenere valido il presupposto sistemico dell'interrelazione profonda e dell'inscindibilità fra psiche e soma. Anche se la relazione psiche-soma non è ancora nota con completezza, vi sono ormai evidenze in ambito scientifico, clinico e riabilitativo che dovrebbero orientare il pensiero e la progettazione della cura in tal senso.

Fra le esperienze più note e significative di questo tipo ricordiamo:

- l'esperienza di Lydia Hall che introduce con successo la relazione con il paziente fra i parametri decisivi per una riabilitazione più rapida¹;
- l'esperimento formativo sul personale infermieristico condotto in California da R. Bandler e J. Grinder che ottiene buoni risultati sulla diminuzione dei tempi di degenza.²

Nel caso della presente ricerca si è pensato di realizzare un breve colloquio col paziente prima e dopo l'intervento chirurgico.

L'idea di fondo è che un colloquio di un certo tipo può aiutare il paziente ad affrontare "meglio" un intervento chirurgico che rappresenta un evento traumatico per definizione.

Dove per "meglio" intendo, sia una migliore autopercezione del paziente in relazione all'intervento, sia il miglioramento di alcuni parametri oggettivi di risposta fisiologica, come ampiamente esposto nei paragrafi precedenti. I due aspetti dell'autopercezione e dei parametri oggettivi rilevati, in un'ottica sistemica sono naturalmente interdipendenti.

Se ci soffermiamo sull'autopercezione del paziente, ci riferiamo soprattutto alla percezione dell'ansia che il paziente ha per l'evento che lo attende.

¹ Si veda l'esperienza di Lydia Hall nel centro di riabilitazione LOEB dell'ospedale Montefiore di New York negli anni '60; v. L.E.Hall, Report of Loeb Center for nursing and rehabilitation project report. e A. Mariner.

² In California, negli anni '90 si sperimenta l'insegnamento della comunicazione efficace agli infermieri, di alcuni ospedali, in modo estensivo. Nei settori dove era stata applicata la sperimentazione, la durata media della permanenza in ospedale era diminuita da 14 gg a 12,22 gg con un risparmio in vitto e posti letto del 12,7% - v. R. Bandler J. Grinder, "La metamorfosi terapeutica", Astrolabio. Numerose riflessioni e sperimentazioni sono state fatte negli ultimi anni per migliorare le risposte psicofisiologiche dei pazienti in diversi ambiti clinici. Tutti gli studi confermano che la variabile "rapporto interpersonale" fra l'operatore sanitario e il paziente, qualificata da operatori opportunamente formati, influisce positivamente nel migliorare i percorsi di recupero e guarigione, in termini di tempo e benessere, del paziente.

Sappiamo che l'ansia deriva dalla rappresentazione personale di un determinato evento. Il Paziente innanzitutto tende a "pre – occuparsi" di quello che gli accadrà, si racconta, si "pre – vede" e "pre-sente" l'evento traumatico e le sue conseguenze. Queste attività sono innanzitutto attività rappresentative che il paziente usa per costruirsi il proprio quadro di riferimento psico comportamentale in relazione all'evento atteso; in sostanza per fornire una risposta adeguata a quella situazione. In funzione di tali rappresentazioni o mappe della realtà futura il paziente si farà un'idea di quello che accadrà e preparerà la sua risposta a tutti i livelli del proprio sistema (biochimico, nervoso, endocrino, psicologico e comportamentale).

La qualità della rappresentazione dipende da innumerevoli aspetti. Oltre ai dati, che il paziente conosce, in merito all'intervento (o in generale di un evento stressante), sono importanti le esperienze del passato, lo stato di salute, le relazioni familiari e affettive e una serie di altre caratteristiche specifiche della persona che, semplificando, possiamo chiamare Mappa della persona o tratto caratteriale.

Secondo le situazioni può generarsi ansia e stress disfunzionale, detto anche distress, che può provocare, un recupero più difficile se non aggravamento vero e proprio.

La rappresentazione, che il paziente "costruisce", può costituire una limitazione delle proprie risorse di guarigione e come tale essere "disfunzionale" in quel contesto. Tale rappresentazione può essere migliorata, con benefici effetti complessivi come ricordato nella pagina precedente.

In generale lo Stress (v. scheda), è una risposta complessiva dell'organismo (biochimica, nervosa, endocrina, psicologica e co-comportamentale) ai fattori ambientali interni ed esterni l'individuo. Tale risposta ha funzioni di omeostasi e di difesa dell'organismo.

Lo stress, non è in se stesso "negativo" o meglio disfunzionale, sempre facendo riferimento alla funzionalità dell'organismo e alla "funzione" di guarigione.

Stress

Stress o S.G.A.: Risposta generale aspecifica a qualsiasi richiesta proveniente dall' ambiente interno / esterno.

Stressor: stimolo o situazione che produce una risposta di Stress

Distress: Stress disadattativo

Eustress: Stress adattativo

Si tratta di un'insieme di modifiche attivabili in qualsiasi organismo biologico.

L'aspecificità riguarda il fatto che la risposta non dipende dalla causa o meglio non è riconducibile ad una sola causa.

Risposta Generale Aspecifica: Risposta complessa che può dipendere da più cause, il cui scopo è quello di favorire un adattamento dell'organismo.

Col termine "qualsiasi" si sottolinea come qualsiasi stimolo (demand) dell'ambiente può generare una medesima risposta di S.G.A.

In determinate condizioni, anche uno stimolo intensamente piacevole, gioioso determina stress.

Lib. Tratto da H.Selye, op. cit

Cogliendo il senso delle parole di H. Selye³, senza stress non c'è possibilità di vita.

Il problema com'è noto, si presenta in quei casi in cui la risposta di stress, per esempio collegata alla preoccupazione e all'ansia per l'intervento, diventa disadattativa, meno funzionale, meno utile o addirittura limitante per i processi di recupero dell'organismo.

Abbiamo quindi visto per sommi capi come gli aspetti rappresentativi dell'evento traumatico siano collegabili alla risposta di stress più o meno funzionale ad affrontare l'intervento e la successiva guarigione.

Un ulteriore aspetto specifico, che merita di essere esplorato, è che le rappresentazioni disfunzionali sono spesso caratterizzate dall'impoverimento degli elementi (sensoriali e linguistici) che le costituiscono. Si tratta dei ben noti meccanismi di generalizzazione deformazione e cancellazione.

Ad esempio:

- Alcuni aspetti negativi dell'esperienza sono estesi anche ad altre aree del proprio vissuto;
- Una patologia locale può essere vissuta come estesa o molto più grave;
- Il ricordo di racconti o esperienze altrui può essere sovrapposto alla propria esperienza;
- Il viso o i modi di un operatore sanitario possono acquisire significati soggettivi molto dolorosi;
- Alcuni aspetti positivi sono cancellati o disposti in secondo piano nella rappresentazione complessiva dell'esperienza;
- Si può perdere di vista l'aspetto benefico della terapia;
- Gli eventuali cambiamenti di stile di vita possono essere immaginati drammaticamente e quindi non accettati;
- La patologia può essere vissuta come l'estensione di un'esistenza insoddisfacente.
- Ecc.

Rappresentazioni "impoverite" dell'esperienza come queste possono ridurre il livello di collaborazione del paziente con l'equipe sanitaria, tendono ad aumentare le resistenze sia alle terapie sia ai cambiamenti di stile di vita, talvolta necessari.

Gli aspetti emotivi alla base di queste rappresentazioni, concorrono a sostenere un sistema che può provocare forte distress.

La situazione fisica e le sensazioni psicologiche collegate all'ansia concorrono a loro volta a creare o rafforzare emozioni coerenti come paura, sconforto, rabbia,⁴ creando così un circolo vizioso che si affronta nella maggioranza dei casi in modo solo farmacologico.

Ma a ogni rappresentazione impoverita del paziente potrebbero fare riscontro potenzialità e risorse che nel caso di quello specifico problema non sono utilizzate. Il paziente, comunque sia, ha affrontato e superato nell'arco della propria vita innumerevoli prove, costituendo e sperimentando le proprie risorse individuali (la capacità di affrontare e superare i propri momenti "difficili").

Il paziente, con le relative differenze da caso a caso, quasi sempre ha in se quelle risorse psico fisiche che possono aiutarlo ad affrontare in modo più efficace l'intervento. Ecco che siamo tornati

³ *Op. cit.*

⁴ *D. Evans*

all'ipotesi di base della presente ricerca; allora il compito del Counselor o di un operatore nella relazione d'aiuto può essere indirizzato all'arricchimento di tale modello rappresentativo.⁵ Il counselor aiuta il paziente a trovare o ritrovare quelle risposte di coping fatte di comportamenti, riflessioni, scoperte di significati e punti di vista, maggiormente funzionali al suo benessere e ad affrontare l'intervento.

Affinchè ciò si realizzi, nel paziente deve avvenire un cambiamento di prospettive, stati d'animo e fisiologici, significati percepiti.

Profondamente coerente con questo punto di vista, è il modello di ascolto proposto da C. Rogers che fa uso dell'ascolto attivo e della riformulazione. Tale modello, integrato con la p.n.l.⁶ è stato utilizzato nel momento formativo.

Ma come si può aiutare un paziente in attesa di un intervento, applicando ciò che abbiamo detto? Le tecniche che abbiamo insegnato sono estremamente semplici e riguardano soprattutto come ascoltare il paziente e come domandare.

Certamente le tecniche e il saper fare sono importanti, ma gli elementi determinanti sono sempre collegati alla relazione che si crea fra il counselor o operatore d'aiuto (come nel nostro caso) e il paziente.

Nel paziente occorre innanzitutto l'accettazione della persona che gli offre aiuto e della relazione che si crea. Nel counselor occorrono le capacità e le competenze per rendere profondamente empatica questa relazione.

Questo "saper essere" del counselor, contiene in se la disponibilità, il rispetto, il mettersi in gioco anche emotivamente per nuove conoscenze, l'accettazione dell'altro, l'autenticità. Il "saper essere" è la caratteristica decisiva del counselor.

Ed è questa scintilla, che abbiamo cercato di innescare e sviluppare (come d'altra parte in tutti i nostri corsi) nei giorni della formazione, in un contesto di ricerca che doveva essere coerente con gli obiettivi del progetto.

Personalmente ho sentito profondamente necessario, per l'efficacia del progetto, che la sua stessa struttura e modalità di conduzione rappresentasse gli intenti citati: rispetto, collaborazione, condivisione, riconoscimento, accettazione, disponibilità.

A mio parere i buoni risultati ottenuti sono stati anche effetto dei buoni rapporti creati fra tutti gli attori e collaboratori del progetto (responsabili formazione ASL 10, agenzia di formazione, allievi, direzione sanitaria), e alla congruenza fra ciò che veniva esposto ai corsi, didattica, aspetti informativi, organizzativi e coordinamento.

Sono allora stati condivisi fra tutti i partecipanti: gli obiettivi e i processi della ricerca, gli stessi elementi della formazione (basata particolarmente sul coinvolgimento esperienziale ed emotivo).

Si è lavorato, con le difficoltà immaginabili, assieme ai responsabili dell'A.S.S.L., sul riconoscimento organizzativo dell'attività e del ruolo degli allievi che dovevano effettuare colloqui e rilevazioni.

Con le strutture ASL e gli allievi si è promossa la co organizzazione della ricerca operativa.

⁵ R. Bandler e J. Grinder – *La struttura della magia*

⁶ *Programmazione neuro linguistica* (R. Bandler e J. Grinder)

Agli allievi sono state riconosciute le ore impiegate al corso, come orario lavorativo e i crediti ecm collegati alla formazione.

Tornando alla rappresentazione del paziente, sappiamo che gli approcci di sostegno ed aiuto sono numerosi.

Vi sono ad esempio, molte evidenze positive basate sulla comunicazione di una corretta informazione al paziente, sulla patologia e terapie. Esistono inoltre molti altri approcci alla relazione d'aiuto che possono generare risposte di coping (v. scheda) adattative: uso della musica, contatto, gioco, movimento fisico, contatto con i familiari, pet therapy, cromoterapia, clownterapia, terapia del sorriso e anche gli acquari!

Nel tempo la classificazione delle terapie e dei rimedi utili si enormemente ampliata, frammentandosi in funzione degli strumenti usati (uso della musica e di strumenti musicali, uso della rappresentazione teatrale, del colore, di animali, ecc.) o di ciò che si fa (ascoltare, cantare, ridere, disegnare, respirare, giocare, cavalcare, ecc.).

Questa iper specializzazione degli approcci forse rischia di far perdere di vista l'essenza della relazione d'aiuto che, indipendentemente dagli strumenti usati o di ciò che si fa, è basata sulla relazione interpersonale e sull'inevitabile elaborazione emozionale che ne consegue, sola base per nuove comprensioni.

Leggevo qualche tempo fa i risultati di una ricerca americana che illustravano come l'ansia dei pazienti, prima di un intervento odontoiatrico, sia ridotta nei casi in cui, nella sala d'aspetto, vi sia un acquario. Un poster di località tropicale, affisso alla parete della sala d'aspetto del dentista invece, non ha lo stesso effetto, anche se pare sia meglio di niente⁷.

La ricerca termina con la conclusione che gli acquari diminuiscono l'ansia, con un evidente scambio di piani fra strumento utilizzato o contenuto (l'acquario) e il processo del paziente, rimasto in secondo piano. Non è stato l'acquario a calmare il paziente, ma un processo attivato dal paziente in corrispondenza di un acquario. Probabilmente potremmo trovare altre migliaia di oggetti con gli stessi effetti. A mio parere è più utile tenere in primo piano il paziente con i suoi processi individuali, le sue potenzialità di autoguarigio-

Strategie di Coping

Ogni organismo in stato di stress sviluppa una risposta chiamata di coping.

Il Coping è l'insieme di strategie, attuate dall'individuo per fare fronte ad una richiesta esterna / interna valutata impellente o molto importante (Minaccia).

Le Strategie "del far fronte a" hanno l'obiettivo di ripristinare il controllo della situazione considerata stressante.

Le strategie di coping possono essere cognitive e/o comportamentali.

Strategie cognitive: consistono nel riconsiderare, vedere da altri punti di vista la situazione, comprendere altri significati, ecc.

Strategie Comportamentali: consistono nel mettere in pratica una serie di comportamenti per neutralizzare la minaccia.

G. Moser (R. Doron, F. Parot, C. del Miglio, Nuovo dizionario di psicologia, Borla)

⁷ G. Paragona

ne, la possibilità di apprendere e di acquisire maggiore autonomia.

A fronte di risposte di coping adattative, gli stati emozionali, che causano la risposta di stress cambiano, e i livelli di stress diminuiscono.

Non sappiamo come ciò accada, il meccanismo pare sia collegato alla secrezione di Benzodiazepine endogene.

Nella figura 1, è presentato un grafico⁸ indicativo della quantità di benzodiazepine endogene presenti nel tessuto cerebrale (in equivalenti di Diazepam) in relazione a tre situazioni di laboratorio con topi in gabbia. Nella prima situazione il topo è tenuto nella gabbia a riposo; nella seconda il topo è sottoposto a uno shock elettrico periodico inevitabile; nel terzo caso il topo è sottoposto a uno

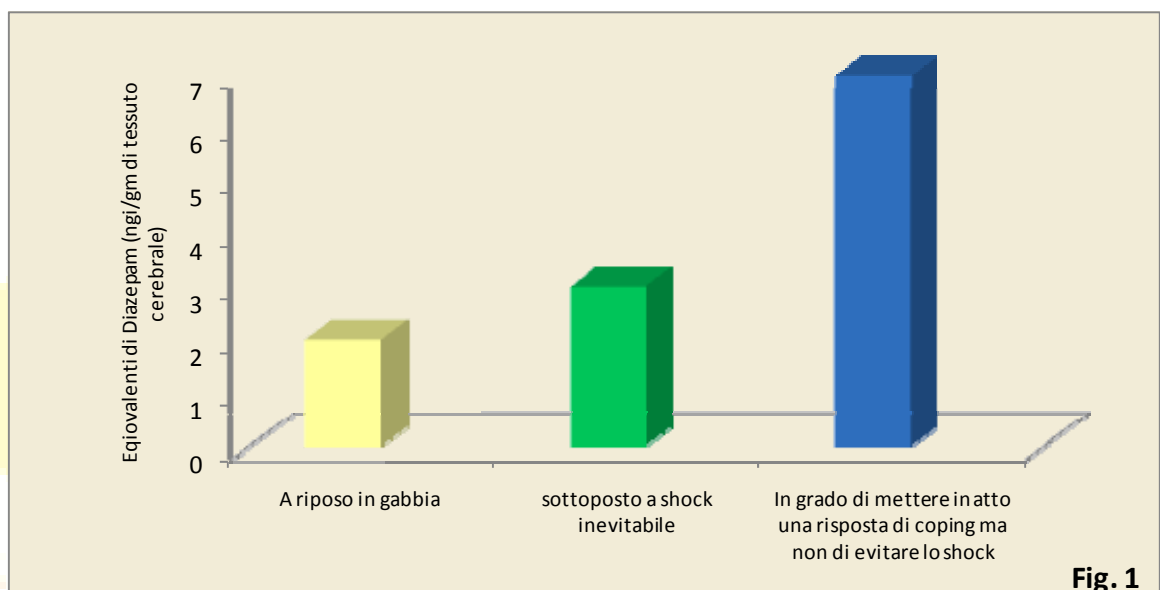


Fig. 1

shock elettrico periodico inevitabile ma con la possibilità di attuare una risposta (per esempio fuggire e quindi interrompere lo stimolo elettrico).

Possiamo allora ipotizzare che le risposte di coping adattative possono essere le più varie da individuo a individuo. Non sono quindi necessarie vere e proprie risposte risolutive che evitino o cessino la fonte di stress come l'attacco o la fuga. Anche risposte che diano l'illusione del controllo dell'evento, pur subendo l'evento, possono essere efficaci. E' certo che anche la "coperta di linus" possa essere una risposta efficace per alcuni⁹.

Per la diminuzione dello stress e l'elaborazione delle emozioni collegate sembra allora che sia importante, per il paziente fornire una risposta di coping; non ha molta importanza quale, purchè il paziente agisca una risposta.

⁸ Elaborato da: Drugan et al. (1994)

⁹ N. R. Carlson

L'approccio di counseling, nei luoghi di cura, agisce però su un piano diverso e grazie a questo può affiancarsi agli altri sistemi e alle cure allopatiche. Specificatamente, e diversamente da altri modelli, il counseling infatti si propone come stimolo all'autoguarigione, all'attivazione delle risorse, all'apprendimento e all'autonomia, alla scoperta delle risposte di coping, proprie del paziente.

In sintesi, a mio parere il vantaggio della relazione d'aiuto, in confronto con alcuni degli altri sistemi citati e con la somministrazione di farmaci, risiede in alcuni aspetti, interdipendenti, determinati e stimolati dalla specificità della relazione di counseling:

- La personalizzazione della relazione verso il paziente rispetta l'individualità di ogni caso, la relazione è unica nel "hic et nunc" fra counselor e paziente, l'approccio è più efficace. Vi è la possibilità per il paziente, nell'ambito della relazione, di scoprire e sperimentare le proprie personali risposte di coping efficace, piuttosto che utilizzare risposte pre confezionate, che funzionano per talune persone e per altre no.
- Il paziente che elabora la sua ansia scopre nuovi significati della sua patologia e della sua guarigione. Attraverso questa consapevolezza può trovare in se nuove motivazioni per guarire e vivere.
- Il paziente attraverso l'apprendimento del significato soggettivo della propria patologia può superare gli schemi e le strategie inconsapevoli, responsabili di quella somatizzazione. Soprattutto attraverso la relazione d'aiuto è condotto nel assumere la responsabilità del proprio stato emotivo, condizione questa favorevole a sviluppare un locus of control interno e quindi risposte di coping adattative.
- Il paziente impara come controllare il proprio stress consapevolmente. Ciò significa che il paziente può riutilizzare quando vuole, quanto imparato, anche in momenti successivi e per problemi diversi (autonomia).
- Il riutilizzo delle nuove risorse non dipende da strumenti o situazioni strutturate esterne, non vi è bisogno dell'ospedale, del counselor, di acquari o maneggi ecc.
- A livello sociale vi è la possibilità di sviluppare una cultura e una competenza della relazione di aiuto diffuse, nelle strutture sanitarie, agite da tutti e in modo informale.

2. Bibliografia

- A. Damasio, *L'errore di Cartesio*, Adelphi;
- A. Mariner, *(I teorici dell'infermieristica e le loro teorie)*, Ambrosiana (1989);
- B. De Mei - A. Maria Luzi - P. Gallo - R. Di Pietro - G. Rezza e D. Greco, *Il counselling vis-à-vis e il counselling telefonico un'esperienza di formazione*, *Notiziario ISSN 0394-9303 - vol. 11 n. 4 aprile 1998 Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 3 - Rapporti ISTISAN 4 – sommario*;
- B.G. Cappellini - R. Monzani - E. Mencaglia, *Ansia preoperatoria: il trattamento della medicina occidentale e della medicina tradizionale cinese a confronto*, Azienda Ospedaliera Polo Universitario San Paolo – Milano - Ist. Clinico Humanitas - Rozzano (MI), fonte: www.sia-mtc.it (Società Italiana agopuntura);
- C. Maslach - M. P. Leiter, *Burnout e Organizzazione*, Erickson; ,
- C. Rainville, *Ogni sintomo è un messaggio*, Amrita;
- C. R. Rogers, *La terapia centrata sul cliente*, Firenze, Psycho (2000);
- D. Evans, *Emozioni - La scienza del sentimento*, Laterza;
- D. Stanislao, F. Marcelli : *L'ansia: considerazioni generali e trattamenti integrati in medicina non convenzionale*, Riv. *La Mandorla Medicina Tradizionale non convenzionale*, anno VII, n°25 giugno 2003;
- D.H. Gustafson, *Increasing understanding of patient needs during and after hospitalisation, in the joint commission journal on quality Improvement*, XXVII – 2 - pp. 81-92 (2001);
- D.S.M. *III manuale di classificazione dei disturbi psichici*, Masson, Milano (1983);
- Drugan et altri, *The protective effects of stress control may be mediated by increased brain levels of benzodiazepine receptor agonists*, *Brain research*, 1994,
- E. Giusti - C. Mattacchini- C. Merli - C. Montanari, *Counseling Professionale - dalla consulenza psicopedagogia alla terapia*, Quaderni A.S.P.I.C.;
- Ernestine Wiedenbach, *“Clinical Nursing: a helping art”*, New York: Springer;
- F.Perry, R. Parker, P.F. White and P. A. Clifford, *Role of psychological factors in postoperat. pain control and recovery with patient-controlled analgesia. The Clinic. Journal of Pain*, 10-57-63 1994
- G. Favretto, *Lo Stress nelle Organizzazioni*, Il Mulino;
- G. Paragona, *Li.V.E. Liberazione della vita emozionale, reperibile su web*;
- Gammon, J. (1998), *Analysis of the stressful effects of hospitalisation and isolation on coping and psychological constructs, in International Journal of nursing practice*, IV- pp. 84-96;
- Gustafson, D.H. (2001), *Increasing understanding of patient needs during and after hospitalisation, in The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, XXVII-2- pp. 81-92;
- H. Selye , *Stress without distress*, OMS, Ginevra 1974; ,
- J. Adams, *Stress: Un nuovo approccio positivo*, Futura;
- J. Gammon, *Analysis of the stressful effects of hospitalisation and isolation on coping and psychological constructs, in International Journal of nursing Practice*, IV - pp. 84-96 (1998). ,
- J. Hillman, *Il codice dell'anima*, Adelphi;
- J. Richardson, *Introduzione alla pnl (magia del rapport)*, NLP Italy;
- L.E. Hall, *Another view of nursing care and quality. In M.K. Straub Continuity of patient care. The role of nursing. Washington D.C.: Catholic University of America Press (1966)*;
- L.E.Hall, *Report of Loeb Center for nursing and rehabilitation project report. Congressional Record Hearings before the Special Subcommittee on Intermediate Care of the Committee on Veterans' Affairs. Washington D.C., 1515-1562*;
- M. Martin, *Aspetti psicologici dell'ospedalizzazione*, Fonte: www.vertici.com ,
- M. Yen, *Concerns of hospitalized care from patients perspectives, in The Journal of Nursing Research*, pp. 121-128, (2002);
- N. Natoli –F. Allegrucci, *Ri-conoscere l'ansia - guida alle cause, sintomi, diagnosi e terapie*, Scione;
- N. R. Carlson , *Fisiologia del comportamento*, Piccin;

N. Rossi, Psicologia clinica per le professioni sanitarie, Il Mulino, Bologna, (2004);
P. Pancheri, Stress emozioni malattia. Introduzione alla medicina psicosomatica, Mondadori;
P. Salmon, R. Evans and D. E. Humphrey, Anxiety and endocrine changes in surgical patients, British Journal of Clinical Psychology, 25-135-141 1986
R. Baiocco - G. Crea - F. Laghi - L. Provenzano, Il rischio psicosociale nelle professioni di aiuto, Erickson;
R. Bandler, J. Grinder, La struttura della magia, Astrolabio;
R. Bandler J. Grinder, La metamorfosi terapeutica, Astrolabio;
R. Dilts, Programmazione neuro linguistica, Astrolabio;
R. Doron - F. Parot - C. del Miglio, Nuovo dizionario di psicologia, Borla;
S. Lankton, Magia pratica, strolabio;
U. Galimberti, Dizionario di psicologia, Espresso;
V. Rubini, Test e misurazioni psicologiche, Ed Il Mulino, Bologna, 1984;
V. Ruggeri, Semeiotica dei processi psicofisiologici e psicosomatici, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2000;
W. Caumo - A.P. Schmidt - C.N. Schneider - J. Bergmann - C.W. Iwamoto - L.C. Adamatti - D. Bandeira - M.B.C. Ferreira, Risk factors for postoperative anxiety in adults, Anaesthesia, 56-720-728, 2001;

Com.e
comunicazione evoluzione

