



**LA C**OMUNICAZIONE **I**NFERMIERE **P**AZIENTE  
1° **L**IVELLO – **P**ANORAMICA

**ATTI  
DEL  
CONVEGNO**



## INDICE

1.	Cosa intendiamo per comunicazione; .....	3
a.	Introduzione generale.....	3
b.	Come facciamo esperienza .....	4
c.	Filtri sulla realtà.....	4
d.	Veicoli della comunicazione.....	5
2.	Importanza della comunicazione nel privato e nel lavoro .....	5
a.	Alla ricerca delle evidenze. ....	5
b.	Una comunicazione efficace aiuta a farsi comprendere e a comprendere meglio gli altri; aiuta a raggiungere i propri obiettivi, migliora la disponibilità degli altri nei nostri confronti.....	6
3.	Cenni di comunicazione interpersonale: la comunicazione naturale .....	7
a.	Come recepiamo, elaboriamo e trasmettiamo le informazioni.....	7
b.	Due sistemi di comunicazione: l'uomo di ieri e quello di oggi; la riscoperta di un incontro dimenticato fra il corpo e la mente.....	8
c.	Il linguaggio del corpo, riappropriarsi del codice dimenticato.....	9
d.	Come l'esperienza vissuta prende la parola, la comunicazione verbale.....	10
4.	Il primo incontro con il paziente.....	12
a.	Creare il rapporto con il paziente; .....	12
b.	Il test sul rapporto, Il rapporto con il Paziente funziona?.....	14
c.	Guida.....	14
d.	Attenzione Esperienza Informazione Osservazione Umiltà .....	14
e.	Sapere ascoltare: l'ascolto attivo.....	15
5.	Guidare il paziente Nel suo percorso di cura.....	17
	Una tipica cancellazione, ricordate? .....	18



## **1. Cosa intendiamo per comunicazione;**

### ***a. Introduzione generale.***

Da quando nasciamo veniamo in contatto, attraverso i nostri cinque sistemi sensoriali con il mondo attorno e dentro di noi.

- Visivo (V)
- Uditivo (U)
- Cenestesico (K)
  - Olfattivo
  - Gustativo
  - tattile

Nel sistema cenestesico includiamo anche le sensazioni tattili, gustative e olfattive, ed inoltre tutte le sensazioni viscerali, senso di caldo e freddo e le emozioni come gioia, dolore, rabbia ecc.

Attraverso il sistema visivo, uditivo e cenestesico mano a mano che esploriamo progressivamente questo mondo, ce ne facciamo anche un'idea, una rappresentazione interna della realtà o mappa. La nostra mappa subirà continue variazioni lungo la vita secondo le esperienze che faremo (è un po' come esplorare un territorio e disegnarne la mappa).

Chiamiamo mappa di una persona l'insieme del suo personale modo di rappresentarsi il mondo delle sue convinzioni più profonde e della sua storia.

La nostra mappa ci guiderà su come affrontare le esperienze della vita, contiene le nostre risorse o punti di forza e anche i nostri limiti.

Dobbiamo dire che nessuno è in grado di operare direttamente sull'ambiente "reale". Noi operiamo su una trascodifica dello stesso, ovvero una sua rappresentazione che ci facciamo tramite i nostri sistemi sensoriali.

Ciò significa che il mondo reale e la sua rappresentazione differiscono, non sono la stessa cosa, come dire: "La mappa non è il territorio".

In questo caso la mappa sarebbe la nostra rappresentazione dell'ambiente e il territorio sarebbe l'ambiente.



Ognuno di noi ha la sua mappa diversa da chiunque altro perché diverse sono state le sue esperienze, la sua storia e il modo di interpretarla.

La mappa che contiene più alternative, che permette più varietà di scelte ha maggiori possibilità di relazione efficace con il mondo.

### ***b. Come facciamo esperienza***

Ci muoviamo nella realtà facendo continuamente esperienze, vedendo, udendo e sentendo e ogni momento interponiamo vari filtri a ciò che ci accade.

Ogni esperienza che facciamo è rappresentata al nostro interno in termini sensoriali (V, U, K), in immagini, suoni, odori, sapori, sensazioni, emozioni e lo stesso accade quando un'esperienza è comunicata ad altri o ricordata.

### ***c. Filtri sulla realtà***

Costantemente scegliamo e selezioniamo i segnali ai quali fare attenzione e di conseguenza cancelleremo altri segnali ritenuti "inutili o dannosi" in quel contesto.

Per esempio se dobbiamo fare una cosa importante, come inserire una ago-cannula ad un paziente ci dovremo concentrare su una serie di gesti e cancelleremo per esempio i rumori che fanno gli operai che lavorano sulla strada o i cinguettii che si potrebbero udire dal giardino, o ancora il chiacchiericcio che proviene dal corridoio e privilegeremo altre informazioni collegate al nostro scopo.

Se siamo molto impegnati nel fare qualcosa può accadere che rimandiamo, senza farci caso, di andare in bagno, un mal di testa può essere messo in secondo piano se ci troviamo in circostanze molto motivanti.

E in questi casi la cancellazione di parti dell'esperienza può essere un'operazione che ci aiuta a fare meglio qualcosa o anche a stare meglio.



In altri casi, la stessa capacità di operare un filtro alla realtà diventa un limite: quando non ci accorgiamo di indicazioni, o richieste di aiuto o non ci accorgiamo di un bisogno o non comprendiamo uno stato d'animo.

#### ***d. Veicoli della comunicazione***

Noi raccontiamo le nostre esperienze attraverso:

- Il corpo e chiameremo questa comunicazione CNV – Comunicazione non verbale.
- Il linguaggio e chiameremo questa comunicazione verbale - CV

Come vedremo in seguito il corpo comunica letteralmente la nostra rappresentazione interna del mondo in modo “diretto” mostrandola nella sua “verità” sensoriale attraverso i suoi segnali (V, U, K).

Il linguaggio opera una interpretazione della nostra rappresentazione interna per poterla tradurre in parole.

Tutto quello che facciamo quando siamo di fronte ad un paziente, per esempio quando gli chiariamo un aspetto della prescrizione terapeutica, o ciò che gli diciamo in termini di parole e contenuti, incide solo per il 7% di ciò che lui complessivamente comprenderà. Il rimanente 93% della comunicazione passa attraverso il linguaggio del corpo e quasi il 50% di tutta la comunicazione è inconsapevole.

La comunicazione, infatti, avviene a molti livelli, l'uomo è prima di tutto un animale e come gli altri animali, trasmette e recepisce i suoi segnali attraverso la postura, la mimica, i gorgoglii, il tono, il ritmo, il volume della voce, il ritmo respiratorio, ecc. Per questo motivo la comunicazione non verbale è nettamente preponderante nelle relazioni interpersonali.

## **2. Importanza della comunicazione nel privato e nel lavoro**

### ***a. Alla ricerca delle evidenze.***



Migliorare la comunicazione può certamente rendere un beneficio al paziente, facilitandone il percorso di guarigione, e all'infermiere, fornendogli ulteriori punti di vista e strumenti per agevolare una professione oggettivamente fra le più complesse, sia dal punto di vista tecnico-scientifico sia dal punto di vista umano. Del resto, ricordate? la mappa, più è varia più è efficace.

La professione infermieristica, esiste da più di un secolo e mezzo ma lo sviluppo delle teorie su questa professione hanno avuto una forte evoluzione dagli inizi del 1950.

Teoriche del nursing, soprattutto di cultura anglosassone, sviluppano in quegli anni numerose teorie del nursing.

Fra tutte queste ve n'è una ampia categoria che sottolinea la relazione umana di comunicazione fra infermiere e paziente; sono le teorie del nursing interpersonale.

Spesso queste teorie traggono origine da quelle Rogersiane degli anni '60 e in concreto poggiano le loro basi sullo sviluppo dell'empatia Infermiere paziente, sulla comunicazione efficace, sulle tecniche della riformulazione, sulla congruenza dell'infermiere.

***b. Una comunicazione efficace aiuta a farsi comprendere e a comprendere meglio gli altri; aiuta a raggiungere i propri obiettivi, migliora la disponibilità degli altri nei nostri confronti.***

A qualcuno è mai capitato di avere una antipatia ingiustificata per una persona che ha appena incontrato per la prima volta e di non sapersi spiegare perché. O anche di avere spiacevoli discussioni con colleghi o con pazienti durante le quali non vi siete sentiti compresi o non siete riusciti a farvi comprendere, o le vostre intenzioni sono state male interpretate.

Gran parte della comunicazione è nascosta a chi non ha strumenti per leggerla e scatena giudizi, attrazione, repulsione, ansia, tensione, talvolta amore.

Quello che vogliamo dire è che spesso accade che siamo attori passivi e pensiamo che queste cose accadano invece di renderci conto che abbiamo la possibilità di governare con maggiore



consapevolezza il processo comunicativo per utilizzarlo nella maniera più appropriata per il raggiungimento dei nostri obiettivi.

La comunicazione efficace si fonda su tre presupposti:

1. La comunicazione efficace implica il riconoscere che la mappa non è il territorio.
2. La comunicazione efficace implica il riconoscere che ognuno di noi è unico e diverso.
3. La comunicazione efficace implica il riconoscere che il significato di ogni comunicazione, non sta in ciò che noi pensiamo che significhi ma nella risposta che otteniamo, nella reazione che provochiamo.

### **3. Cenni di comunicazione interpersonale: la comunicazione naturale**

#### ***a. Come recepiamo, elaboriamo e trasmettiamo le informazioni.***

La prima cosa da sottolineare e da tenere sempre a mente è che in una comunicazione tra due o più persone esiste un aspetto di contenuto e uno di relazione. Vanno sullo sfondo i dati e le notizie, e entrano in primo piano le personalità coinvolte nella relazione.

Nella vostra professione vi sarà successo chissà quante volte di avere “un’intuizione” su come comportarsi con un paziente che, ad esempio, accusa dolori inesistenti o che cela dietro un atteggiamento aggressivo specifiche richieste non espresse verbalmente. Questa intuizione, chiamata anche esperienza, è il risultato del grado di attenzione posto all’elaborazione inconscia dei messaggi verbali e NV. Pensate ad esempio ad un paziente chirurgico che dopo l’operazione non vuole alzarsi dal letto accusando dolori.

“Non riesco ancora ad alzarmi”.

Voi dovete decidere se insistere o lasciare stare perché alzandosi, ad esempio, la situazione potrebbe peggiorare. Le informazioni oggettive a vostra disposizione sono che è probabile che il paziente operato senta dolore, e anche che la soglia del dolore si



abbassa stando a letto, e che muoversi aumenta lo stato di benessere psicofisico, ecc. A un certo punto prendete la vostra decisione. Chiamatela esperienza, intuito... ci torneremo tra poco.

Come visto prima, è la componente NV che sottolinea conferma o nega quanto detto: “Ma stavo solo scherzando!” quante volte lo abbiamo detto subito dopo una cattiveria. O anche “fai quello che vuoi, tanto a me non interessa”, con la faccia triste o arrabbiata (a seconda dell’interlocutore).

Torniamo al paziente che non si voleva alzare. L’esperienza (come anzianità professionale) da sola non basta dato che è una situazione legata molto alla soggettività come il dolore, ma avete percepito dei segnali, NV, molti a livello inconscio, che vi hanno spinto a fare il meglio.

“Stia tranquillo che con un po’ di sforzo può alzarsi e tra un paio di giorni starà molto meglio”. Per cui all’inizio si metterà seduto, poi in poltrona e poi in piedi. Con i suoi tempi. Questo è stato possibile poiché abbiamo “percepito” che potevamo “spingerlo” un pochino verso questa strada.

Per completezza di informazioni dobbiamo ricordarvi che siamo esseri umani e quindi la comunicazione che si svolge tra due o più individui può essere influenzata dallo stato psicofisico di quel momento: ci sentiamo tristi, arrabbiati perché abbiamo appena discusso con il capo, allegri per un aumento di stipendio... o anche: ci fa male la testa, abbiamo fame, siamo stanchi... ecc.

Quando comunichiamo vengono messi in moto una serie di meccanismi, funzione dell’interlocutore, dell’argomento di conversazione, di come stiamo noi e di come sta l’altro, ecc.

In breve elaboriamo le informazioni che ci provengono “da fuori” dall’esterno in base al nostro vissuto, a ciò che siamo, alla nostra personalità... alla nostra Mappa.

***b. Due sistemi di comunicazione: l’uomo di ieri e quello di oggi; la riscoperta di un incontro dimenticato fra il corpo e la mente.***



Ricordiamo che mentre l'uomo, come specie, ha milioni di anni il linguaggio è comparso molto dopo e probabilmente fra i 10.000 e i 70.000 anni fa.<sup>1</sup>

La prima fase del linguaggio era costituita probabilmente di grida accidentali poi di grida intenzionali (per descrivere emozioni). Le grida intenzionali, per esempio di allarme per un pericolo si articolano per descriverne il tipo. Poi vennero i nomi dati agli animali e la capacità quindi di poterli ricordare e dipingerli sulle rocce, contestualmente la nascita dei comandi per potere sincronizzare i cacciatori in un gruppo di caccia.

Il linguaggio è quindi una acquisizione relativamente nuova ed evoluta in modo molto rapido.

Storicamente è da sempre stato il corpo nel suo insieme a veicolare tutta la comunicazione di cui aveva bisogno l'uomo per esprimere le proprie emozioni e bisogni.

Ancora oggi come abbiamo visto, la parte preponderante della comunicazione è agita a livello corporeo attraverso una miriade di segnali.

### ***c. Il linguaggio del corpo, riappropriarsi del codice dimenticato.***

Il corpo comunica la nostra rappresentazione interna dell'esperienza e in generale del mondo in modo "diretto" mostrandola nella sua "verità" sensoriale.

Nello stesso modo il nostro corpo trasmette segnali (l'esperienza) attraverso tre canali o sistemi (visivo, uditivo, cenestesico).

Chiamiamo sistema rappresentazionale (S.R.) i sistemi o canali con cui comunichiamo e registriamo sensorialmente le nostre esperienze.

I sistemi rappresentazionali (V, U, K) si distinguono in sistemi Guida e Principale. Il sistema Guida è il sistema mediante il quale riceviamo l'informazione, ossia la portiamo alla nostra attenzione. Il sistema rappresentazionale Principale è il sistema prevalente con il quale prendiamo le decisioni o anche il canale rappresentazionale che siamo soliti usare di più.

---

<sup>1</sup> Julian Jaynes :il Crollo Della Mente Bicamerale e l'origine Della Coscienza



Per ogni sistema rappresentazionale che stiamo usando vi saranno una serie di manifestazioni fisiologiche specifiche ed osservabili.

Il sistema guida è individuato dai “segnali di accesso”:

1. Movimenti oculari
2. Variazioni della Respirazione
3. Variazioni di tono di voce, ritmo, velocità, volume

Il sistema rappresentazionale principale è individuato da:

4. Gestualità
5. Variazioni del colorito
6. Mutamenti dell'atteggiamento e tono muscolare.

***d. Come l'esperienza vissuta prende la parola, la comunicazione verbale.***

Il linguaggio invece opera una trascodifica dell'esperienza più elaborata rispetto a come una esperienza specifica è registrata nella nostra struttura profonda.

Il linguaggio può essere fonte di equivoci e incomprensioni, incongruenze.

Come già detto noi interagiamo e codifichiamo la realtà attraverso i nostri canali sensoriali e la rappresentiamo con una mappa. Poi rappresentiamo questa mappa con il linguaggio.

Quando ripeschiamo un'esperienza e la vogliamo comunicare, operiamo una codifica della rappresentazione interna (mappa) per poterla tradurre in un discorso.

Vediamo in dettaglio i tre aspetti fondamentali della comunicazione verbale allo scopo di imparare come attuare una comunicazione efficace:

1. I valori
2. I criteri
3. I predicati



### I valori

sono ciò che è importante per noi nella nostra vita. come: la casa, la famiglia, la patria, la religione, il partito politico.

### I criteri

sono ciò che è importante per noi in un determinato momento, contesto, attività. Per es. se chiedete ai vostri pazienti cosa è importante per loro nelle varie situazioni di rapporto con la struttura ospedaliera vi daranno risposte che dipenderanno dalla loro mappa e dalla rappresentazione interna della esperienza che stanno facendo in quel momento.

### I predicati

sono parole alle quali fare una particolare attenzione sia quando le udiamo che quando le usiamo. L'analisi dei predicati costituisce uno dei più validi strumenti per riconoscere il sistema rappresentazionale che l'altro sta usando.

Infatti i predicati si dividono in Visivi, Uditivi e cenestesici.

#### **Predicati Visivi:**

Ora riesco a **vedere** meglio la situazione

**Guardiamo** in **faccia** la realtà

Non riesco ad **immaginarli** in quel lavoro

**Sembra** una buona idea

Devo avere un quadro più **chiaro** della situazione

#### **Predicati uditivi**

Mi **suona** bene

Ti **sento**

Ha avuto uno **scatto** d'impazienza

Non riesco a **sintonizzarmi**

**Chiediti** se è giusto

#### **Predicati cenestesici**

Stavo con l'orecchio **proteso** alla risposta

Esprime un giudizio **pesante**

Ha modi **pesanti**

Il terreno comincio a **scottare** sotto i piedi

La sua opinione è ben **salda**



#### **4. Il primo incontro con il paziente**

C'è un proverbio che dice: la prima impressione è quella che conta.

La relazione con quel paziente si gioca normalmente nei primi minuti dell'incontro, per cui vediamo come applicare le prime tecniche per rendere efficace questo primo incontro.

##### ***a. Creare il rapporto con il paziente;***

Per creare "rapporto" intendiamo la creazione di una relazione di accordo, empatia, simpatia, concordanza, affinità, cooperazione appoggio, ecc.

A qualcuno di voi, passeggiando in città, è mai capitato di notare due persone al tavolino di un bar che parlano come se fossero soli in mezzo alla folla? Uno alza il bicchiere e così fa l'altro, se fumano state certi che spesso aspirano quasi in sincronia, scoppiano a ridere insieme, ecc...

Ecco, gli anglosassoni lo chiamano "RAPPORT" e ci sembra una buona parola per connotare una relazione che funziona.

Ogni comunicazione con gli altri, la qualità, la modalità e i risultati che ne derivano dipendono dal "RAPPORT" che si crea.

Uno dei modi per creare "RAPPORT" è con le tecniche di RISPECCHIAMENTO.

Il RISPECCHIAMENTO fonda le sue basi empiriche su un assunto quasi banale: "Alle persone piacciono i loro simili, persone come loro, che la pensano come loro, che vedono il mondo al loro stesso modo".

Rispecchiare una persona ci aiuterà a mettersi nei panni dell'altro, l'altra persona ci percepirà come simile a lui, riconoscerà i segnali di un rapporto empatico e si sentirà più a suo agio, più disponibile ad ascoltarci, si esprimerà con meno reticenze.

Si possono rispecchiare uno o più aspetti dell'altra persona come:

Il corpo

- Stato e umore:
  - Allegro, triste, pensieroso, assonnato, ...



- postura
- Movimenti ripetitivi
- Tono, Ritmo, velocità, volume del parlato
- Respirazione
  - Tipo
  - Ritmo

#### Il linguaggio verbale

- Valori
- Criteri
- Predicati

Immaginiamo due tifosi di squadre diverse che vogliono rispecchiare il Valore “Squadra del cuore”, potrebbero trovare nel parlare della nazionale un elemento di valore comune o su come è stato l’arbitraggio tra altre due squadre.

Ci possono essere altri aspetti importanti da rispecchiare:

- La lingua. Se ci capita di avere a che fare con un paziente non italiano, conoscere qualche parola nella sua lingua costituisce un uno strumento potente di **RISPECCHIAMENTO** e per la guida.
- L’inflessione regionale o dialettale: talvolta assume l’importanza di un valore per il parlante.

Più elementi prenderemo in considerazione, più elementi riusciremo a rispecchiare, più probabilità di successo avremo.

#### Prescrizioni

- Fare attenzione ad essere eleganti e naturali.
- Ricordate di fare appello alla nostra creatività.
- La tecnica usata deve essere “invisibile”, in caso contrario, otterremo l’effetto opposto a quello desiderato.
- Se non funziona non insistere, cambiare tecnica, usare la fantasia.
- Non scoraggiarsi.
- Allenarsi anche in contesti diversi dal lavoro.



- Allenate l'attenzione e verificate osservando le persone fra loro in relazione come si comportano al bar, al ristorante, ecc.

### ***b. Il test sul rapporto, Il rapporto con il Paziente funziona?***

Il test sul "RAPPORT" serve a verificare se il "RAPPORT" sia raggiunto.

Durante la fase di rispecchiamento per creare "RAPPORT" possiamo avere l'impressione che si sia instaurato il rapporto fra noi e il paziente, a questo punto occorre fare un piccolo test.

Fare il test significa operare piccole variazioni per es. di postura e vedere se a questo punto il Paziente ci segue.

E' molto probabile che anche il paziente ci segua e operi qualche riassetamento della sua postura, in tal caso siamo in rapporto e possiamo passare alla fase di Guida.

### ***c. Guida***

Una volta che abbiamo istituito il rapporto con un paziente abbiamo la massima possibilità di persuaderlo a seguire il suo percorso terapeutico vincendo le sue eventuali resistenze.

Solo quando abbiamo istituito il rapporto possiamo procedere alla fase di guida e cercare di affrontare gli aspetti meno "facili" del nostro obiettivo professionale.

### **d. Attenzione Esperienza Informazione Osservazione Umiltà**

**Cosa osservare; Il ruolo dell'esperienza,  
imparare a riconoscere e a capire il linguaggio  
non verbale.**

AEIOU: Questo acronimo l'abbiamo inventato per sottolineare l'importanza di imparare a memoria questi 5 sostantivi utili per migliorare l'approccio nel primo incontro.



Attenzione: al NV, ai segnali che arrivano. Questi sono molto importanti per comprendere tra l'altro le incongruenze, le discordanze con il verbale. "Che mi apre la finestra?" e poi si butta di sotto. Attenzione ai segnali: è pallido, ha una vasocostrizione, non si è tolto le coperte, non ha caldo.

Esperienza: come abbiamo detto prima, significa sviluppare quel intuito che ci permette di riconoscere al volo una situazione e effettuare la scelta migliore nel più breve tempo. Spostare tutta l'elaborazione delle informazioni che ci giungono dal razionale all'istintuale.

Informazione: imparare a estrarre dall'altro i dati verbali e non verbali, ovvero tutte le informazioni utili al nostro lavoro che ci possono permettere, tra l'altro, di arricchire la cartella anamnestica.

Osservazione: osservare e ascoltare. Comportarsi come un ricercatore di fronte a un esperimento. Un osservatore esterno che assimila e poi analizza. Parliamo senza aver notato che ha un apparecchio acustico poggiato sul comodino, qualcosa vorrà dire, no?

Umiltà: questa caratteristica è fondamentale, e sta a significare che nella relazione con l'altro dobbiamo eliminare tutte le idee preconcepite. Umiltà quasi zen: essere la tazza vuota pronta per essere riempita.

"Certo quello del letto 5 è proprio un rompiscatole come dicono tutti i colleghi!".

È tramite la conoscenza e l'utilizzo di tutto questo se siamo in grado di utilizzare una serie di strumenti per rendere il percorso di cura più efficiente permettendoci di utilizzare rafforzamenti di contatto con la mente sgombra.

#### **e. Sapere ascoltare: l'ascolto attivo**

**Riformulare; i cinque atteggiamenti da evitare:  
Giudicare, Interpretare, fornire soluzioni,  
lasciarsi coinvolgere, Indagare.**

Una tecnica per comunicare efficacemente e per essere sicuri che abbiamo capito quello che l'altro vuole dirci, è stata messa a punto da Carl Rogers negli anni '50 e si chiama ascolto attivo.



L'ascolto attivo non è un semplice modello teorico, si basa su una ricerca pratica eseguita su centinaia di persone negli anni '40 e '50 in America. I risultati vennero esposti da Rogers in un celebre articolo "*Barriere e vie d'accesso alla Comunicazione*".

Le quattro caratteristiche dell'ascolto attivo sottolineate da Rogers sono:

Le Barriere  
La Postura  
La Riformulazione  
I cinque Atteggiamenti da evitare

#### Le Barriere

Comunicare significa entrare in relazione con qualcuno per scambiare messaggi, e così come un'onda elettromagnetica di un telefonino può essere schermata anche la comunicazione risente della presenza di barriere. Queste possono essere olfattive, visive, uditive, spaziali ecc.

#### La Postura

Serve per accettare, accogliere, per essere disponibili a ascoltare l'altro e a mostrarglielo. Per cui evitare posizioni di chiusura con gambe e braccia e mantenere lo sguardo sul paziente evitando che questo sia indagatorio o imbarazzante per lui. Il ricorso al buon senso è sempre una buona cosa.

#### La Riformulazione

Come dice Rogers: "Possiamo parlare e esprimere la nostra opinione solo dopo che abbiamo *riesposto* le idee e i sentimenti dell'altro in modo che lui si trovi d'accordo".

La riformulazione è uno strumento potentissimo, l'altro vede se stesso in noi tramite le parole che utilizziamo.

Esistono varie modi per utilizzare la riformulazione, immaginiamo questa frase detta da un paziente "...credevo che sarei stato meglio dopo la vostra cura". Possiamo usare la riformulazione:

Semplice: "credeva che sarebbe stato meglio?"

Eco: si ripete l'ultima parola detta "Cura?"

Parafrasi: In cui si restituisce il contenuto ma con parole diverse. "lei forse pensava che sarebbe guarito subito?"

Riepilogo: Riassumendo e estrapolando solo poche parole dal discorso. "ha preso le medicine ma non è stato meglio?"



I cinque atteggiamenti da evitare

È il quarto grande impedimento sottolineato da Rogers all'ascolto attivo ed è quello che abbiamo, con una piccola forzatura, definito (A)GISCI.

Vuol dire evitare di:

Giudicare: qualcuno dalla prima impressione perché parla male l'italiano o ha i capelli spettinati;

Indagare: evitare di fare domande per curiosità che possono avere l'effetto di far chiudere il paziente che percepisce il tono indagatorio;

Soluzionare: verbo orribile ma che indica la nostra innata tendenza di dare consigli, fornire soluzioni senza, talvolta, avere a disposizione tutti gli elementi;

Coinvolgersi: un conto è entrare in rapporto empatico col paziente, altro è mettersi a piangere insieme a lui;

Interpretare: . "Tu non guarisci e stai sempre peggio perché non credi nella medicina allopatica" detto a una persona che sapeva che si cura abitualmente con l'omeopatia. Stiamo interpretando e non ci stiamo chiedendo se quelle bolle enormi sono dovute alla sua allergia ai sulfamidici.

## **5. Guidare il paziente Nel suo percorso di cura.**

***usare la mappa del paziente per guidarlo***

***considerazioni del rapporto fra rispecchiamento e guida***

Quando si è ottenuto il rapporto con il paziente, questo è pronto a seguire la guida.

Ricalcare è qualcosa di simile a quello che sta facendo l'altro; guidare è fare qualcosa di diverso dall'altro. Se è vero che una immagine vale più di cento parole, un esempio ne vale mille.

*C'era un ragazzo di 13 anni che doveva subire un piccolo intervento chirurgico. Il ragazzo era terrorizzato all'idea di essere operato. La mamma aveva passato la mattinata a tranquillizzarlo e poi, stufa l'aveva lasciato nella guardiola degli infermieri dov'ero io che ero andato a prendere mia moglie.*

*Il ragazzo era seduto in pizzo alla sedia con un piede avanti e uno indietro, come i centometristi alla partenza, il capo reclinato a sinistra e verso il basso, con le labbra tirate e livide e le mani strette e in contatto.*



*Ovviamente in quello stato non era in grado di recepire nessun messaggio verbale. La cosa chiara era che stava usando principalmente i canali cenestisici e uditivo interno (si stava raccontando delle cose che lo spaventavano). Nessun canale era aperto con l'esterno.*

*Il primo obiettivo era quello di calmarlo, di entrarci in empatia, di fargli capire che noi eravamo come lui. Di rispecchiarlo.*

*La cosa più immediata e evidente era la sua postura di chiusura, per cui era sufficiente adottare una postura analoga: le mani strette e in contatto come ad accarezzarsi e seduti protesi leggermente in avanti (mettendoci in mezzo oltre al rispecchiamento anche un po' di ascolto attivo).*

*Parlando lentamente gli abbiamo chiesto come si sentisse, la sua risposta fu:*

*“Ho paura”.*

*Una tipica cancellazione, ricordate?*

*La domanda successiva poteva essere solo: “Paura di cosa?”.*

*A quella domanda il ragazzo tirò in alto la testa guardandoci.*

Vediamo in dettaglio le tecniche utilizzate:

- ❑ Rispecchiamento posturale con un pizzico di ascolto attivo quando gli infermieri si sono messi seduti protendendosi verso il ragazzo e hanno serrato fortemente il pugno;
- ❑ Individuazione di una cancellazione (paura di chi? Di che cosa?) e utilizzo dello stesso suo canale cenestesico parlando con voce calda, calma e rassicurante;
- ❑ riconoscere l'apertura del canale visivo (quando ha tirato su la testa) e di un punto di contatto verso l'esterno e l'interruzione, anche se momentanea, del suodialogo interno;

a quel punto è stato possibile:

- ❑ testare il rapport cambiando posizione sulla sedia e sciogliendo le mani;
- ❑ guidarlo per fargli allentare la tensione
- ❑ riformulare per chiarire meglio a noi, ma soprattutto a lui, quello che lo spaventava.
- ❑ Continuarlo a guidare fino...

E così alla fine scoprimmo, e lui con noi, che la cosa di cui aveva paura, anzi terrore, non era l'operazione come avevano pensato



tutti, aveva paura di addormentarsi. Non della anestesia che a 13 anni non sapeva nemmeno che cosa fosse, ma del passaggio dalla veglia al sonno e all'impossibilità di essere parte attiva nell'operazione.

Tutto questo in una mezz'ora (il tempo di un caffè e una sigaretta della madre che invece aveva impiegato una mattinata a rassicurarlo. Senza riuscirci.

*Una volta capito quale era il vero problema, mia moglie che conosceva l'anestesista, l'ha chiamata senza farsi accorgere e poi gliel'ha presentata in maniera casuale.*

*Il rapport, la Guida, l'Ascolto Attivo, sono sicuramente strumenti efficacissimi, ma devo aggiungere per amore di onestà che buona parte del lavoro sul ragazzo l'hanno fatta gli splendidi occhi azzurri della dottoressa.*