

Federico Barbarano

SIMG Giovani, Sezione di Napoli

Parlare con i pazienti: considerazioni di chi si affaccia alla professione della Medicina Generale

In questo articolo mi propongo di analizzare e dimostrare come una comunicazione efficace e sensibile richieda abilità specifiche che possono essere definite attraverso l'analisi delle interviste e sviluppate attraverso la comprensione e la pratica, fondamentali per chi come me si affaccia da poco alla professione della Medicina Generale.

Ritengo che sia un errore contare solo sull'essere "se stesso", sull'essere "naturale": i sentimenti umani spontanei che possono essere evocati durante i colloqui con i pazienti, sia si tratti di sentimenti di simpatia o di avversione, di attrazione o di repulsione, devono infatti essere controllati e modificati dalla professionalità del medico. Quando queste abilità professionali sono ben sviluppate, l'effetto non è di isolare il medico dal paziente, ma, al contrario, viene delineato un setting clinico entro il quale il medico si sente sufficientemente sicuro da essere capace di ridurre le distanze tra se stesso e il paziente pur conservando un appropriato grado di distacco professionale. Nello stesso tempo, il paziente viene aiutato a esprimere sentimenti e preoccupazioni che potrebbero rimanere altrimenti inespressi.

Coinvolgimento e distacco sono entrambi necessarie per svolgere il ruolo professionale.

In questo scritto intendo sottolineare l'importanza di acquisire un atteggiamento professionale equilibrato e una modalità di relazione che eviti ogni estremismo, e che

quindi dia, come credo, il miglior senso all'attributo "professionale".

Esso mira a soddisfare un'aspettativa espressa attualmente da molti pazienti che vorrebbero i medici non solo competenti nella diagnostica e nella clinica, ma professionisti capaci di portare nel loro lavoro abilità di comunicazione e attitudini nel prendersi cura degli altri.

La relazione medico-paziente

Per comprendere come interagiscono medici e pazienti, è utile specificare che cosa sia importante nella relazione fra medico e paziente. Il modello di comunicazione influenza la relazione, e la relazione, in una interazione circolare, influenza e condiziona la maniera di comunicare. Come fanno il medico e il paziente, mentre interagiscono, ad avere ciascuno la visione di se stessi e, rispettivamente, l'uno dell'altro? Esistono sei modalità di studio del rapporto medico-paziente: 1. medica; 2. sociologica; 3. antropologica; 4. transazionale; 5. psico-sociale; 6. psicoanalitica.

I differenti modelli di approccio, pongono, ciascuno, attenzione verso particolari aspetti del ruolo e del comportamento del medico e del paziente. In base a questa diversità di punti di vista sembra opportuno ricorrere, in questa sede, a un approccio che favorisca una più ampia base di comprensione.

Quando si parla del ruolo del paziente come ruolo di persona malata, non si ha certo l'intenzione di presentare una visione stere-

otipata di come il paziente potrebbe reagire alla malattia. Al contrario, individui differenti reagiscono in modo diverso quando avvertono o pensano di essere malati. La maggior parte delle persone che non sta bene cerca il medico per aiuto, consiglio e rassicurazione assumendo, in quanto persona malata, un ruolo dipendente. Ci si aspetta, pertanto, che il medico sia in grado di essere di aiuto al paziente ma allo stesso tempo interagire in maniera formale, con correttezza non emotiva nei modi, e con un certo distacco. Ci sono fattori che, consapevolmente, possono inibire la comunicazione emotiva fra medico e paziente. Il primo, e anche il più semplice, è la mancanza di tempo disponibile; per molti medici, il tempo è una risorsa preziosa che deve essere suddivisa razionalmente negli impegni del giorno, mentre una parte deve essere riservata per gli "extra" inaspettati. Questo tempo limitato crea inevitabilmente una resistenza da parte del medico a essere coinvolto in questioni marginali considerate non essenziali o irrilevanti; a volte però le questioni personali del paziente possono essere fatte ricadere in queste categorie. Esistono poi, altri due fattori, già menzionati, che possono inibire la comunicazione emotiva fra il medico e il paziente, a causa dei sentimenti di disagio, a volte intollerabili, che essi sono capaci di determinare all'interno della relazione professionale: la sofferenza e la morte da un lato, la sessualità dall'altro.

Gli elementi della comunicazione interpersonale

Prima di affrontare in dettaglio il modo di condurre un primo colloquio anamnestico clinico, è utile individuare gli elementi che fanno parte della comunicazione interpersonale e che possono essere riuniti in quattro diversi tipi di messaggio:

- verbale, determinato dalla scelta delle parole;
- tonale, rappresentato dal volume e dal tono della voce, dalla cadenza nel modo di parlare, dalla modulazione della voce, che può passare dal sussurro di confidenzialità al crescendo progressivo della rabbia o della preoccupazione, al tono piatto della disperazione;
- paralinguistico, comprendente suoni o espressioni non verbali;
- mimico-gestuale, che rappresenta la comunicazione realizzata attraverso i movimenti, le espressioni facciali, la postura o i gesti, definiti anche come "linguaggio corporeo".

Poiché tutti questi elementi giocano un ruolo rilevante nell'indagine anamnestica clinica, il medico deve porre particolare attenzione al linguaggio corporeo e ai messaggi non verbalizzati ma trasmessi con la mimica. In particolare dovrebbe essere attento a cogliere qualsiasi tipo di incongruità fra quello che il paziente dice a voce alta e quello che invece sta comunicando con il corpo.

La comunicazione può essere favorita o ostacolata dal setting in cui si svolge l'intervista. Il paziente e il medico dovrebbero essere seduti in maniera confortevole e allo stesso livello. Idealmente non dovrebbe essere presente nessun altro. Se nella stanza dovesse trovarsi un infermiere o un collaboratore, è opportuno che venga invitato a seguire la conversazione con discrezione e a lasciare la stanza qualora gli argomenti diventassero troppo personali o se il paziente mostrasse qualche esitazione a parlare al medico.

Il primo colloquio

Al momento del primo colloquio, può capitare che il medico e il paziente già si conoscano, ma molto più spesso sono completamente estranei. Quando si conoscono

da tempo, la loro familiarità può essere di ostacolo a un'efficace relazione terapeutica, poiché potrebbe crearsi un'atmosfera meno "clinica" del solito. Se rivolgersi a un ragazzo con il nome di battesimo è appropriato, farlo con un adulto potrebbe comunicare un tentativo di trattarlo con superiorità, soprattutto se questo atteggiamento venisse adottato con una persona anziana; oppure potrebbe apparire eccessivamente confidenziale nel caso, per esempio, ci si dovesse rivolgere a una persona dell'altro sesso. È preferibile, pertanto, rivolgersi ai pazienti ricorrendo al cognome, tranne nel caso in cui il paziente gradisca diversamente. È buona norma osservare il paziente sin dal momento in cui entra nella stanza. Il suo atteggiamento, la postura, l'abbigliamento, il modo di fare, le espressioni del volto possono dare importanti segnali sul motivo reale della consultazione. Mentre viene osservato, è bene invitare il paziente a sedersi, e incentrare le prime domande su "quale è il suo nome?", "Come sta?" ecc., prima di affrontare il problema principale, in modo da creare un'atmosfera distesa e aperta, che aiuti a mettere il paziente a suo agio, e fornisca al medico preziose informazioni sugli aspetti personali, ma indichi anche al paziente che il medico si sta occupando di lui come "persona" ed è pronto a parlare globalmente della situazione complessiva del paziente e non solo del suo problema immediato.

Dopo la fase introduttiva dell'intervista si passa alle domande, *aperte o chiuse*, che offrano al paziente l'opportunità di presentare il problema con le sue parole. Le domande "aperte" sono considerate le più idonee a indurre una descrizione dei disturbi da parte del paziente: *"cosa l'ha spinto a venire da me?, Come questo disturbo le determina sofferenza?"*. Queste domande non presuppongono una risposta specifica, ma, anzi, danno al paziente ampia opportunità di rispondere a modo suo e con le sue parole.

Le domande "chiuse" al contrario richiedono risposte specifiche: *"il dolore è più forte a destra o a sinistra?"*. Sono domande molto precise che danno poco spazio al paziente per spiegarsi, specie se vengono proposte in rapida successione. Un terzo tipo di domanda è quella che viene definita domanda "principale", strutturata in modo

da determinare una risposta particolare: *"ha notato se le urine diventano più scure dopo il verificarsi del dolore?"*.

Le domande principali, da evitare quando il paziente sta cercando di iniziare a descrivere i suoi sintomi, poiché potrebbero pregiudicare le risposte, potranno essere poste vantaggiosamente in un secondo momento per confermare un'ipotesi diagnostica.

A questo punto dell'indagine avendo raccolto la descrizione che il paziente fa del suo disturbo o problema attuale, il medico tende a proseguire lungo una linea predeterminata, generalmente basata su una sequenza di domande e nell'esecuzione dell'esame clinico, che mirano a coprire i vari aspetti di una anamnesi omnicomprensiva; per esempio: la revisione della funzionalità dei maggiori sistemi organici, la storia patologica remota; la storia familiare; la storia sociale. Nella pratica clinica, la raccolta dell'anamnesi e l'esame clinico non sono generalmente parti separate e consecutive della consultazione; ma procedono come parti complementari del processo di ragionamento diagnostico.

Nella fase iniziale del colloquio l'iniziativa è del paziente e il medico, soprattutto ascolta e osserva.

Durante la seconda fase della consultazione l'iniziativa passa al medico, che deve porre domande in modo selettivo, mentre il processo diagnostico si va organizzando nella sua mente. Il medico, sebbene debba guidare la parte centrale della consultazione, è necessario che mantenga lo stesso approccio aperto e sensibile che ha tenuto durante l'iniziale ricerca del problema attuale. La modalità e il contenuto delle risposte a queste domande specifiche possono dare un'indicazione del vissuto del paziente. Il medico dovrebbe essere particolarmente attento a rilevare le comunicazioni emotive e a individuare quali di esse richiedano una risposta pronta e appropriata. Prima che la consultazione termini, spesso vale la pena di porre un'ulteriore domanda *aperta* tipo: *"abbiamo affrontato tutti gli aspetti del suo problema?" oppure "c'è qualche altra cosa che vuole dirmi?"*. Questo aiuta ad assicurarsi che i pazienti che siano stati lenti a rispondere alle domande poste in precedenza, o che possano aver dimenticato qualcosa ritenuta importante, abbiano un'altra opportunità di dire quello che hanno in mente.

Conclusioni

Ho tentato di delineare un certo tipo di pianificazione per un primo colloquio, intesa a facilitare una buona comunicazione fra paziente e medico e in particolare a offrire al paziente chiare opportunità per parlare dei suoi atteggiamenti mentali e dei suoi sentimenti rispetto alla malattia. Sono stati identificati i seguenti elementi di base:

- setting ambientale favorevole;
- accoglienza affabile, per facilitare la risposta;
- domanda iniziale aperta, che offra al

paziente l'opportunità di presentare il problema con le sue parole;

- invito specifico a descrivere le risposte emotive personali alla malattia;
- sequenza di domande specifiche indirizzate alla ricerca della diagnosi, che si integrino con l'esame clinico iniziale.
- domanda "aperta" a conclusione della visita.

Non ci si può aspettare che un'intervista finalizzata all'esplorazione di un problema particolare del paziente segua sempre uno schema predeterminato. Può emergere, infatti, un'informazione inattesa, oppure il paziente può

reagire in modo imprevisto ad alcune domande, fornendo segnali verbali o non verbali.

Nessun modello di buona intervista medica, perciò, può essere vincolato in maniera rigida a una struttura prestabilita. Un aspetto essenziale della professione del medico è la sua capacità di adattarsi alle esigenze del paziente, con la consapevolezza che in qualsiasi momento il paziente potrebbe fornire un indizio che si deve essere pronti a cogliere, per affrontarlo o lasciarlo cadere, spostandosi temporaneamente dallo schema pianificato dell'intervista per seguire una linea differente di indagine.