

**Giorgio Bert
Silvana Quadrino**

Le basi del counselling sistemico

Edizione speciale
Corso

**La Qualità della comunicazione
in pediatria**

8 - 15 Giugno 2008



**Istituto CHANGE
Sede formativa: Via Ormea 22
Torino**

**change@ipsnet.it
www.counselling.it**

Dalla Comunicazione spontanea alla comunicazione consapevole

1 – I rischi delle comunicazioni spontanee

E' ancora alquanto diffusa la convinzione che la spontaneità sia una caratteristica positiva, quasi un valore nella comunicazione. Questa convinzione nasce dalla contrapposizione tra spontaneità e comunicazione ingannevole (manipolazione): chi non è spontaneo mente, nasconde, mistifica, imbrogli...

Quando la comunicazione è un elemento irrinunciabile in un intervento professionale, come è nel caso delle professioni sanitarie, a “comunicazione spontanea” dobbiamo invece contrapporre “**comunicazione consapevole**” : consapevole della importanza del paziente (e dei suoi familiari), delle sue caratteristiche specifiche , delle sue reazioni alle comunicazioni del professionista.

Consapevole dei limiti delle proprie comunicazioni (non è possibile far fare all'altro quello che vogliamo, né farlo **essere** come vogliamo)

Consapevole degli obiettivi delle proprie comunicazioni, e delle possibilità che quel paziente ha di raggiungerli **insieme a noi**.

Se ci fidiamo completamente delle comunicazioni spontanee andiamo incontro a:

- malintesi
- errori di interpretazione
- attribuzione di intenzioni
- peggioramento del clima relazionale

e rischiamo di:

- non dire quello che avremmo voluto
- dire quello che non avremmo voluto
- non ascoltare abbastanza
- cercare un obiettivo personale (avere ragione, non fare brutta figura, essere giudicati bravi simpatici intelligenti)
- rompere la relazione

*La comunicazione professionale è finalizzata al raggiungimento di **obiettivi***

Questi obiettivi sono determinati da:

- **Richieste** del “cliente” (paziente)
- **Regole** istituzionali
- **Obblighi** etici del professionista
- **Limiti di realtà** (disponibilità di risorse, tempo, costi ecc.)

Richiede che il professionista:

- Sappia individuare e definire con chiarezza (per sé e per l'altro) la **richiesta** del paziente
- Sappia fornire le **informazioni** indispensabili su regole, possibilità, limiti del suo intervento
- Sappia **negoziare** obiettivi concreti, realistici e realizzabili (per quello specifico paziente, con i suoi personali limiti e le sue specifiche capacità)
- Sappia **fronteggiare le reazioni emotive** di delusione, rabbia, ostilità legate alla non completa soddisfazione degli obiettivi del paziente
- ***Sappia curarsi più del mantenimento della relazione professionale che del proprio successo personale nella relazione***

2 – Gli elementi della comunicazione

In ogni comunicazione umana agiscono numerosi elementi:

- **Gli attori** : due o più persone che si scambiano messaggi
- **Il contesto** : il **luogo** in cui avviene la comunicazione , con tutte le sue **implicazioni** simboliche ed emotive. L'ambiente fisico infatti costituisce solo una componente del contesto; di esso fanno parte anche numerosi elementi meno immediatamente rilevabili quali le aspettative, i timori, le speranze del paziente, gli stereotipi e i pregiudizi degli attori, il tempo a disposizione, la stanchezza e l'umore

del professionista, il suo stile comunicativo ecc.

- **I messaggi verbali** : i due attori scambiano parole e frasi che entrano in un circuito di ricerca di significati (cerco di farmi capire – cerco di capire cosa l'altro mi dice – cerco di capire se l'altro ha capito – cerco di far capire che non ho capito/non sono stato capito.....)
- **I messaggi non verbali** : i due attori aggiungono consapevolmente o no un “commento” fatto di mimica, atteggiamenti e altro che si inseriscono nel circuito della ricerca di significati, spesso complicandola o rendendola indecifrabile.
- **Gli effetti di ogni messaggio** (verbale + non verbale) su chi lo riceve e, di rimbalzo, anche su chi lo ha emesso.
- **La relazione** che si va costruendo fra gli attori in gioco in quella comunicazione (a partire da una relazione precedente, se fra i due c'è già una “storia” comunicativa).

3 – Il contenuto e la proposta relazionale

Ogni messaggio (verbale + non verbale) è costituito da:

- **un contenuto** : la cosa di cui si sta parlando, l'argomento del discorso
- **una proposta relazionale o “comando”** : ogni messaggio (parole, tono, atteggiamento ecc.) indica non solo “ di cosa stiamo parlando” ma anche “ cosa mi aspetto che tu faccia” e “in che rapporti ci poniamo l'uno rispetto

all'altro": in altri termini, si propone una relazione paritaria o asimmetrica?

La proposta relazionale o "comando" è molto spesso il punto di fragilità delle comunicazioni.

E' possibile infatti che la proposta inserita in un messaggio

- non sia stata capita
- non sia accettabile in se
- non sia accettabile all'interno di quella relazione
- non sia accettabile all'interno della logica del sistema

A ogni proposta relazionale inserita in un messaggio deve essere **sempre** possibile rispondere con un successivo messaggio di **accettazione** o di **rifiuto**.

In situazioni che rendono **impossibile o troppo rischioso il rifiuto** della proposta relazionale, può comparire una risposta di **disconferma**: in altri termini, anziché dire all'altro francamente: "hai torto", gli si comunica con mezzi diversi, ad esempio cambiando discorso o sospendendo l'ascolto: "io non ti vedo, tu non esisti".

Un atteggiamento del genere avvia quasi sicuramente una comunicazione disfunzionale, conflittuale, bloccata, e spesso provoca reazioni emotivamente intense e perfino violente.

4 - La comunicazione nei sistemi umani

Le comunicazioni e i messaggi possono essere visti, metaforicamente, come **scambi di energia** all'interno di ogni sistema umano , e fra il sistema e l'esterno (altri sistemi , macrosistema sociale ecc.)

Un **sistema** umano è costituito da:

- **Elementi** (persone)
- **Attributi** che il sistema ha attribuito ai diversi elementi
- **Regole** esplicite e implicite
- **Storia** passata (che ha consolidato le regole e gli attributi degli elementi)
- **Messaggi**
 - ~ fra i diversi elementi che fanno parte del sistema
 - ~ fra un elemento del sistema e l'esterno
 - ~ fra elementi esterni e il sistema

Sui primi quattro fattori si basa l'**omeostasi** del sistema: la

storia ha consolidato **regole** e **attributi** dei diversi **elementi** e il sistema lavora per ***non consentire modificazioni***.

I **messaggi** introducono invece nuove ***energie e potenziali modificazioni***.

La buona salute di un sistema umano è legata alla sua **capacità di modificarsi** senza distruggersi o eliminare elementi .

La prima condizione perché questo avvenga è l'esistenza della **metaregola (o regola a proposito delle regole)**:

E' possibile modificare
le regole

5 - La comunicazione professionale e la
responsabilità del professionista

Una comunicazione professionale è caratterizzata , oltre che dall'esistenza di **obiettivi** (*vedi pag. 1*) dalla presenza di **diseguaglianze**

- **Gli attori** (due o più persone che si scambiano messaggi) appartengono a due diverse "classi" di persone: uno dei due appartiene alla classe "**professionisti**", l'altro alla

classe “ **clienti, o pazienti, o utenti, o cittadini**”.

- **Il contesto** (il luogo in cui avviene la comunicazione e tutte le sue implicazioni simboliche ed emotive).

per il professionista è in genere :

- sufficientemente noto, o almeno così lui ritiene;
- sufficientemente chiaro nelle sue regole e nelle sue possibilità di uso;

per il cliente, invece, il contesto è in genere:

- Intrecciato e/o confuso con altri contesti simili già sperimentati;
- In buona parte ignoto;
- Difficile da utilizzare per la scarsa conoscenza delle regole di uso;
- Queste **differenze** strutturano una **posizione relazionale non alla pari** :
- le **conoscenze** (sul contesto, sulle regole, sull'argomento della comunicazione) non sono alla pari;
- il **potere** non è alla pari : uno dei due (il cliente) è in posizione di necessità, di richiesta, di mancanza di qualcosa , mentre il professionista è nella posizione di chi possiede o può fornire ciò che manca al cliente (informazione, spiegazione, aiuto, cura ecc.)

Questa diseguaglianza impone al professionista la pressochè totale responsabilità nell'assicurare il buon andamento della comunicazione.

6 - Gli atteggiamenti mentali favorevoli

Perché una comunicazione professionale abbia un andamento soddisfacente è necessario:

- Individuare con chiarezza **l'argomento o il problema** di cui si parla.
- Essere certi che professionista e cliente diano **lo stesso significato** alle parole usate per definire quell'argomento.
- Avere o trovare un **obiettivo** comune.

Gli ostacoli più frequenti al buon andamento della comunicazione sono:

- Ostacoli **linguistici** (significato delle parole, frasi troppo complicate, uso di termini tecnici, differenze culturali ecc.).
- Ostacoli **interpretativi** (riduzione dell'ignoto al noto, generalizzazione, appiattimento delle descrizioni).
- Errori di **ritmo** (fretta eccessiva, mancanza di spazio per l'autocorrezione, scarsa attesa delle risposte a una domanda).
- Errori nella distribuzione dello **spazio conversativo** (troppo spazio per il professionista, troppo spazio per il cliente, riduzione degli scambi a sequenze botta-e-risposta).
- Scarsa variazione dello **stile comunicativo**.
- Eccesso di domande "chiuse" a cui si può rispondere solo

“sì” o “no” senza la possibilità di ampliare i concetti (v. *in seguito “narrativa”*).

Le caratteristiche di una comunicazione professionale valida sono:

- Disposizione ad ascoltare;
- Disposizione a cercare di capire;
- Disposizione a ritardare il giudizio;
- Valorizzazione degli elementi comunicativi condivisibili con il cliente;
- Interesse (e non rifiuto) per gli elementi comunicativi inattesi o divergenti;
- Capacità di individuare possibili incomprensioni;
- Esclusione dalla relazione di ogni giudizio moralistico o di valore;

Questo richiede una serie di **atteggiamenti mentali favorenti**

Atteggiamenti mentali positivi

- **Ascoltare, prima di dire o fare;**
- **Essere disposti a credere che ciò che l'altro dice può avere senso;**
- **Non convincersi troppo presto di avere capito tutto;**
- **Non costruire contrapposizioni irreversibili;**
- **Non dare giudizi di valore;**

7 – Gli obiettivi delle comunicazioni professionali in ambito sanitario

Il professionista sanitario utilizza la comunicazione per raggiungere obiettivi ai quali non può rinunciare, perché fanno parte integrante del suo intervento di cura:

- informazione (*sappiate che...*)
- cooperazione da parte del paziente per quanto riguarda le prescrizioni (*di farmaci, di esami clinici, di interventi*)
- educazione (sviluppo di competenze necessarie per fronteggiare una situazione, uno stato, una fase di vita ecc.).
- modificazione (di atteggiamenti, abitudini, comportamenti a rischio o non consigliabili).
- sostegno (al fronteggiamento di situazioni difficili, al cambiamento, alla ricerca di soluzioni).

Deve quindi sviluppare uno **stile comunicativo** adeguato, basato essenzialmente su :

Capacità di selezionare le informazioni essenziali (rinuncia a voler dire tutto)

Chiarezza nella costruzione dei messaggi informativi

Lo stile comunicativo deve essere supportato da uno **stile**

relazionale valido, capace di costruire fra professionista e paziente un clima di :

- collaborazione
- sicurezza
- non conflittualità
- fiducia reciproca

per evitare di produrre o di accrescere nel paziente atteggiamenti di:

- Aggressività;
- Rifiuto:
- richieste impossibili
- mancanza di fiducia

Questi atteggiamenti, che i professionisti sanitari individuano abitualmente come le maggiori cause di stress e di tensione nella relazione con i loro pazienti, possono essere ridotti con una progressiva modificazione delle modalità comunicative del professionista.

8 – Prima modificazione: lo stile comunicativo

“ in entrata”

Una comunicazione professionale valida ed efficace deve rendere possibile in ogni momento il cambiamento...

- Delle ipotesi iniziali del professionista;
- Dell'immagine che il professionista si sta facendo (o si è già fatto) del suo paziente;
- Dell'immagine che il paziente sta trasmettendo al professionista;
- Delle soluzioni ipotizzate e risultate inefficaci;

Questo richiede innanzitutto la rinuncia almeno parziale a uno stile comunicativo spontaneo basato su “ messaggi in uscita” (indicazioni, consigli, spiegazioni, prediche ecc.) che invece di facilitare i cambiamenti **irrigidiscono** le contrapposizioni.

La comunicazione più efficace per rendere possibili i cambiamenti mira ad aumentare i messaggi “ **in entrata**”, quelli cioè che facilitano la narrazione e l'esplicitazione degli elementi informativi a disposizione del paziente.

Gli elementi informativi forniti dal paziente arricchiscono il corredo informativo di cui il professionista deve disporre per costruire una comunicazione collaborativa, e ampliano il ventaglio delle sue **ipotesi**, che costituiscono il punto di partenza per la ricerca di comportamenti praticabili e cambiamenti sostenibili .

Per attivare messaggi “ in entrata” il professionista deve saper costruire **domande**

- **utili** (*capaci di portare informazioni e dati significativi per il professionista*)
- **accettabili** (*non troppo imbarazzanti o destabilizzanti per il cliente*)
- **sufficientemente innovative** (*domande di cui non si conosce né si suggerisce la risposta*)

Le domande che **non aumentano** in modo significativo le informazioni già disponibili, o che non aprono nuovi punti di vista sono inutili dal punto di vista dell'informazione, e **aumentano** la produzione di “scorie comunicative” (informazioni fornite dal paziente e non utilizzate dal professionista, irrigidimento di ipotesi, convinzioni, pregiudizi ecc.).

9 – Seconda modificazione: la separazione delle fasi attive della comunicazione professionale

Nel passaggio di messaggi di un professionista sanitario nei confronti del paziente o dei familiari (**messaggi in uscita**), dobbiamo distinguere **quattro diverse fasi**, che si collegano e si integrano fra loro, ma vanno costruite e gestite in modo distinto, segnalando sempre con chiarezza il passaggio da una fase all'altra:

1. **la fase informativa**, che comprende le informazioni **realmente indispensabili** che il professionista ha deciso di dare a quel paziente, e che richiede quindi una prima conoscenza della situazione e delle caratteristiche di quel paziente e una scelta consapevole da parte del professionista;
2. **la fase prescrittiva**, indispensabile per mantenere la specificità della comunicazione professionale, in cui il sanitario esprime il suo parere professionale circa “ ciò che andrà fatto in quel caso”;
3. **la fase esplorativa**, che permette di verificare insieme al paziente la fattibilità di quanto proposto;
4. **la fase educativa**, in cui il sanitario offre la propria competenza professionale per negoziare insieme al paziente “ modi possibili” per tradurre in comportamenti sostenibili la sua proposta o la sua prescrizione ;

1-Messaggio informativo

Prima selezione di informazioni che il professionista ritiene importante e utile passare al paziente o ai familiari

2-Messaggio prescrittivo

Indicazione di comportamenti e azioni che il professionista ritiene indispensabili per la salute del paziente

3 - Messaggio esplorativo

domande di facilitazione delle descrizioni e delle narrazioni collegate a quelle azioni e a quei comportamenti

4- Messaggio educativo

negoziazione e affiancamento per tradurre in comportamenti realizzabili le indicazioni professionali che saranno rafforzati e consolidati da ulteriori ...

5 - Messaggi informativi di completamento

Aggiunta di informazioni selezionate in modo da essere il più possibile compatibili con l'assetto cognitivo di chi ascolta e traducibili in comportamenti SOSTENIBILI

10 – Informazioni efficaci

Per essere efficaci le informazioni devono essere:

- Comprensibili;
- Accettabili;
- traducibili in comportamenti possibili (per quel paziente e/o per quella famiglia);

L'informazione data da un professionista per essere utile deve **modificare il quadro cognitivo** dei destinatari, ma deve

farlo in modo da non creare reazioni di rifiuto o di calo di ascolto.

Queste reazioni nascono spontaneamente se l'informazione è:

- troppo lunga
- troppo difficile
- troppo lontana dalle convinzioni, abitudini, ideologie della famiglia
- se prevede comportamenti che in quel momento la famiglia ritiene impraticabili, insostenibili o ideologicamente inaccettabili

Le caratteristiche minime di un messaggio efficace possono quindi essere sintetizzate così:

- **Brevità** : chi ci ascolta accoglie e conserva soltanto una parte del messaggio che inviamo (meno del 30% secondo alcuni studi); se il messaggio è troppo lungo, la capacità di ascolto del nostro interlocutore diminuisce, in questo caso si rischia una sorta di blocco informativo.
- **Semplicità** : è necessario scegliere un campo informativo alla volta. Dare contemporaneamente informazioni , ad es. , sulle condizioni attuali del paziente e sul percorso riabilitativo che verrà messo in atto se uscirà dal coma confonde il campo informativo e rischia di produrre malintesi e false aspettative.

- **Concretezza** : il professionista deve chiedersi, mentre fornisce informazioni, quali comportamenti corrispondono a ciò che sta dicendo. Le informazioni non traducibili in comportamenti vengono dimenticate molto rapidamente.
- **Compatibilità** : attraverso le fasi esplorative e narrative il professionista deve verificare che le informazioni che via via passa alla famiglia non siano troppo distanti dal loro universo cognitivo e ideologico.

11 – Ascolto attivo

Le comunicazioni di un professionista a un cliente possono consistere in:

- **Informazioni** che il paziente richiede
- **Informazioni** che il professionista ritiene necessario fornirgli ... (*“sappia che ... ”*);
- **Precisazioni su informazioni** che il paziente ha detto di possedere e che il professionista ritiene necessario correggere o completare ... (*“oltre a quello che sa già, sappia anche che... ”*);
- **Indicazioni di comportamento** richieste dal paziente... (*“cosa devo fare per....?”*);

- **Indicazioni di comportamento** che il professionista ritiene necessario fornirgli... (“*quello che deve fare è...*”);

Le informazioni... (“sappia che...”) devono essere:

- **Interessanti**
- **Comprensibili**
- **Accettabili**
- **Utilizzabili**
- **Assimilabili alle informazioni precedenti**

Le indicazioni di comportamento (“ quello che deve fare è.....”) devono essere:

- **Comprensibili**
- **Accettabili**
- **Concrete**
- **Realizzabili**

Prima di dire “ sappia che...” oppure “ quello che deve fare è...” il professionista deve avere **esplorato** (con domande appropriate) lo **spazio conoscitivo** del paziente (quello che sa, quello che crede di sapere) e quello **comportamentale** (quello che il paziente è abituato a fare, sa di poter fare, è disposto a fare, e quello che crede, teme o ha deciso di non fare).

12 – La fasi dell'intervento comunicativo per la modificazione di comportamenti o per la ricerca di soluzioni a un problema

A-Fase di costruzione dell'alleanza

1. Raccogliere elementi (ascoltare, fare domande)
2. Individuare un primo obiettivo possibile
3. Trovare spazi condivisibili (approvare, convalidare)
4. Aggiungere elementi informativi (sì,e.....)

B- Fase propositiva ed educativa

5. Esplicitare l'obiettivo professionale (come medico, ritengo che bisognerebbe....);
6. Raccogliere elementi relativi a quell'obiettivo (..e voi come avete pensato di);
7. Individuare eventuali informazioni da correggere o da smentire (“alcune delle cose che dite vanno un po' chiarite”);
8. Descrivere in modo comprensibile e concreto i comportamenti richiesti;
9. Chiedere cosa può renderli difficili;
10. Fare domande su paure, timori
11. Riassumere l'obiettivo e i comportamenti richiesti

13 Ridurre le Modalità Barriera

Nelle situazioni comunicative asimmetriche, quando chi è in posizione “up” ha l’esigenza o il dovere di ottenere dall’altro adesione, obbedienza, accettazione, vengono spesso utilizzate modalità che risultano inefficaci o peggio producono oppositività e rifiuto.

E’ utile imparare a riconoscerle e limitarne l’uso, sostituendole con modalità propositive, di valorizzazione, di costruzione di alleanza

Sono modalità barriera

Dare ordini

Tu devi... Bisogna che tu...

Minacciare

Se no, finirà che....

Giudicare

Se ti comporti così, sei (cattivo, irresponsabile...

Interpretare

In realtà, tu pensi... dici questo perché..Fai così perché ti senti....

Investigare

Siamo proprio sicuri che....?

Argomentare

Le ultime indicazioni dicono...

Ho visto spesso che altri genitori...

Il bene del bambino esige...

Minimizzare

Non è poi così grave se ...

Le sembra un problema

Per facilitare la comprensione di ciò che il professionista propone e attivare le risorse del cliente deve essere evitata la contrapposizione e la svalutazione delle convinzioni dell'altro

Per farlo, si utilizza quella che definiamo

14 La tecnica dei tre passi

Primo passo:



ACCOGLIERE parte di ciò che l'altro afferma
("in effetti...")

Secondo passo

RIDEFINIRE le affermazioni, le indicazioni, gli obiettivi del professionista

Terzo passo

FACILITARE l'esplicitazione di difficoltà, ostacoli, preoccupazioni del cliente

Per concludere, è importante ricordare che anche quando la relazione professionale dura da tempo, dell'altro e della sua famiglia NON SAPPIAMO NULLA O QUASI

Per questo è importante utilizzare domande esplorative, che permettano al professionista di avere chiaro

Quello che l'altro sa o crede di sapere

Quello che l'altro ha già progettato di fare, o teme di non poter fare

Area delle conoscenze del paziente	Area delle informazioni
<p>Quello che l'altro :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sa; • Crede di sapere 	<p>Quello che il professionista vuole che l'altro sappia</p>
Area dei comportamenti	Area delle indicazioni di comportamento
Quello che l'altro	Quello che il professionista
<ul style="list-style-type: none"> • Fa abitualmente • E' disposto a fare • Teme di non poter fare • Non vuole fare 	<p>Vuole che l'altro faccia</p>

Istituto CHANGE
Via Silvio Pellico 24
10125 Torino

Segreteria : tel 011 6680706
piera.marocco@counselling.it

Responsabile progettazione formativa
Silvana Quadrino
change@ipsnet.it

www.counselling.it