



MASTER  
IN RIABILITAZIONE  
DEI DISORDINI  
MUSCOLOSCHIELETRICI

**LA COMUNICAZIONE  
VERBALE E NON VERBALE  
NELLA RIABILITAZIONE  
DEL PAZIENTE CON  
DISTURBI  
MUSCOLOSCHIELETRICI**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA  
ANNO ACCADEMICO 2004-2005**

STUDENTE BERGONZI MASSIMO

## ***Introduzione***

Il rapporto terapeuta-paziente è molto importante, sia durante la raccolta delle informazioni, sia durante la valutazione, sia durante il trattamento. La comunicazione tra i due soggetti, infatti, avviene su due livelli, uno verbale ed uno non verbale, che possono anche essere in disaccordo, come quando quello che viene detto ha un determinato significato, mentre ciò che non viene detto, ma traspare dal linguaggio corporeo ha un significato esattamente opposto. E' ovviamente un caso limite, ma frequentemente il linguaggio verbale e non verbale viaggiano su binari differenti e forniscono informazioni differenti sul soggetto che ci troviamo davanti e sulla sua patologia. Il terapeuta, infatti, deve possedere gli strumenti per comprendere a fondo anche il linguaggio non verbale del paziente e non fermarsi solo a quello che gli viene detto, ma osservare anche quello che gli viene comunicato dal corpo. Infatti, uno dei principi della comunicazione è che è impossibile non comunicare, è sufficiente la presenza di due persone per instaurare una comunicazione, sicuramente non verbale, poi si potrà anche aggiungere quella verbale nel caso in cui i soggetti decidano di parlare tra loro. Si verificano le stesse condizioni tra il terapeuta ed il paziente, nel momento in cui il paziente entra nello studio, col la peculiare caratteristica che il paziente ha un problema e ha bisogno di aiuto. Scopo di questa tesi è analizzare il linguaggio verbale e non verbale nella relazione tra terapeuta e paziente , per ottenere informazioni utili per gestire al meglio la fase dell'anamnesi, della valutazione e anche del trattamento, in particolar modo con i pazienti con maggiori problemi nella sfera psicosociale (tendenzialmente cronici).

## ***Anamnesi***

La raccolta dei dati è un momento determinante nella valutazione del paziente. Le informazioni che possiamo ottenere non riguardano solo la diagnosi ma anche il decorso, il vissuto del paziente, il suo modo di rapportarsi con la patologia, il carattere, le aspettative e, non meno importanti, indicazioni prognostiche per quel determinato paziente. E' quindi fondamentale che il rapporto terapeuta-paziente, in questa fase, sia assolutamente produttivo, che consenta cioè al primo di ricavare il maggior numero di informazioni possibile, e al secondo di sentirsi curato da un professionista qualificato, in cui abbia fiducia. Non dobbiamo pensare il momento anamnestico solo come un flusso di informazioni dal paziente al terapeuta, perché in realtà è una relazione biunivoca, in cui il terapeuta ottiene sì indicazioni importanti dal paziente sulla sua patologia, ma allo stesso tempo, fornisce al paziente un'immagine di se, della sua cultura e professionalità che andrà ad incidere anche sui risultati del trattamento. E' importante, infatti, che il paziente segua le indicazioni e gli esercizi assegnati e che abbia fiducia del terapeuta, il quale deve invece riuscire a spiegare la patologia, l'importanza degli esercizi e delle raccomandazioni date, in modo da promuovere un atteggiamento di "coping" attivo, positivo. Per farlo può utilizzare il linguaggio verbale, dando informazioni sulle caratteristiche e sul decorso della patologia, ma anche con il linguaggio non verbale, cioè con il modo di ascoltare, di prestare attenzione, con la postura, in modo da far sentire il paziente preso in carico, curato.

Ci sono vari modi di condurre l'anamnesi, ma non solo in base al tipo di domande poste, ma anche in base all'atteggiamento che il personale sanitario tiene nei confronti del paziente. Uno studio di Ventres et al. (8), ha messo in evidenza diversi stili adottati dai medici che utilizzano il computer durante la valutazione. Il computer, negli ultimi anni, ha invaso letteralmente gli studi medici e di fisioterapia, sia per la

possibilità di catalogazione dei pazienti, sia per la facilità di reperire informazioni utili via Internet, con il risultato di interporre questa "macchina" tra il terapeuta e il paziente. Gli stili individuati erano tre:

1. informazionale
2. interpersonale
3. manageriale

Nello stile informazionale il medico concentrava la sua attenzione sulle informazioni fornite dal paziente, in genere stando dietro al monitor del personal computer, raccogliendo l'anamnesi e prescrivendo farmaci. Raramente lo schermo veniva girato per permettere al paziente di leggere le informazioni. Inoltre erano presenti momenti di silenzio in cui il medico rileggeva i dati sullo schermo e poneva domande senza togliere lo sguardo dal pc. Questo approccio può essere definito come problem-oriented, cioè orientato al problema, alla patologia, non al paziente, con il vantaggio di riuscire a raccogliere un vasto numero di informazioni in un tempo relativamente breve, ma con il difetto di non considerare con il giusto peso le caratteristiche del paziente.

Nello stile interpersonale, l'attenzione del medico era rivolta maggiormente, nei comportamenti, nell'atteggiamento e nel linguaggio non verbale, al paziente. Sedevano o stavano in piedi lontani dal computer oppure se erano al pc, erano orientati verso il paziente per la maggior parte della visita. Lasciavano un tempo maggiore per rispondere alle domande, scrivevano per un tempo minore, non seguivano le domande programmate dal pc e lasciavano spazio anche a conversazione non strettamente di tipo medico. Con questo tipo di approccio si ricavano sicuramente più informazioni sul carattere e l'indole del paziente, che possono essere utili per la prognosi, ma si rischia di perdere dati importanti sulla sintomatologia, utili nella valutazione.

Lo stile manageriale prende caratteristiche sia dallo stile informativo che da quello interpersonale, l'attenzione del clinico si sposta dal paziente al pc ad intervalli regolari in base al bisogno di informazioni cliniche o di stabilire una relazione col paziente. Questi intervalli regolari comprendono:

- Breve saluto del paziente
- Raccolta di informazioni al pc sulla condizione clinica del paziente
- Valutazione clinica focalizzata sul paziente
- Discussione faccia a faccia sulla gestione del problema
- Archiviazione dati della valutazione su pc
- Breve riassunto da parte del clinico delle terapie e indicazioni mentre il paziente sta lasciando la stanza

Quando il medico era impegnato a scrivere al pc, se il paziente poneva una domanda di un certo interesse, interrompeva la scrittura, dava indicazioni per poi riprendere il "rapporto" col pc.

In breve questo stile consente al terapeuta di gestire gli aspetti temporali, informativi, interpersonali della visita attorno al personal computer.

Dallo studio si evince che l'utilizzo del personal computer in fase di valutazione ha diversi effetti sui clinici, ma riassumendo possiamo affermare che maggiore è il tempo che il clinico passa al computer, maggiore è la raccolta dati e l'attenzione rivolta alla patologia; minore è il tempo passato al pc maggiore è la raccolta di informazioni comportamentali del paziente, con il rischio di perdita di dati valutativi. L'approccio migliore sembra essere lo stile manageriale che riesce a gestire tutte le informazioni anche da un punto di vista temporale. Si potrebbe però obiettare che lo stile dovrebbe essere adattato al paziente che ci si trova davanti. In pazienti cronici, con elevata incidenza di bandiere gialle, per esempio, forse potrebbe essere più indicato uno stile interpersonale.

## ***L'importanza della fiducia del paziente nel terapeuta***

La fiducia è un elemento essenziale nel rapporto terapeuta-paziente, e la convinzione che il terapeuta agisca per il meglio nell'interesse del paziente contribuisce all'efficacia terapeutica. Il rapporto, sicuramente essenziale, non corrisponde alla fiducia, che viene appunto intesa come la relazione tra il terapeuta ed il paziente, in cui quest'ultimo si aspetta che il primo consigli ed esegua il trattamento per bene del paziente. Per questo motivo, i pazienti che hanno fiducia nel riabilitatore daranno a quest'ultimo informazioni reali, anche provenienti dalla vita privata, se utili per la gestione della patologia. Uno studio di Franks et al. (1) infatti, mostra un'associazione positiva tra il grado di soddisfazione del paziente nei confronti del proprio medico e il ridotto rischio di malattia. Il rischio di peggioramento dello stato di salute, nel gruppo di pazienti con una buona considerazione del clinico diminuiva di circa il 14%, però ad una valutazione multilivello l'associazione non raggiungeva la significatività statistica. Ciò probabilmente perché i pazienti con un maggiore grado di soddisfazione, avevano anche un migliore stato di salute, mentre quelli con uno stato di salute più scadente erano meno soddisfatti del medico proprio per questo motivo. E' quindi piuttosto complesso valutare l'effetto del rapporto col clinico, soprattutto in uno studio prospettico, in cui le variabili in gioco sono molteplici, dalla scelta del medico, alle cause che determinano il peggioramento dello stato di salute, all'eventuale intervento di altri medici. Non si può negare però che un buon rapporto clinico-paziente influisca sulla compliance, sulla raccolta dei dati e sul grado di soddisfazione.

In uno studio di Mainous et al. (3) sull'esperienza dei medici americani e neozelandesi, alcuni clinici affermano che non è possibile sapere con certezza se il paziente ha fiducia in noi o meno, ma dal modo in cui

interagiamo con lui e lui interagisce con noi, potremmo forse sentire che ha fiducia. Bisogna inoltre adeguare il livello linguistico al tipo di paziente: parlare con un ingegnere o un contadino con lo stessa modalità potrebbe creare delle incomprensioni, ma anche nella comunicazione non verbale è necessario adeguare l'approccio al paziente. La postura, la vicinanza, il contatto fisico possono venire interpretati diversamente in base al substrato socioculturale della persona che abbiamo di fronte.

Per lo sviluppo della fiducia è importante anche il fattore tempo. Perché un paziente abbia davvero fiducia nel suo terapeuta, è necessario che passi del tempo con lui, è difficile che si fidi da subito. Un medico neozelandese afferma che "la continuità del trattamento con lo stesso terapeuta permette ad una persona di vedere non solo un operatore sanitario, ma di vedere l'operatore sanitario che hanno sempre visto. E avrebbe ottenuto che la relazione vada oltre lo scenario tipico del trattamento, della patologia e giunga ad un livello personale, una relazione interpersonale, che comprenda il senso dello humour e la normale fisiologia di una relazione".

La maggior parte dei medici inoltre affermava che il paziente non è in grado di riconoscere la qualità del trattamento, quindi ciò che percepisce il paziente è solo la qualità della relazione. Un paziente può avere fiducia nel medico che lo tratta perché la relazione tra i due è buona, ma il medico potrebbe eseguire un trattamento scadente, oppure un ottimo trattamento potrebbe essere percepito come scadente se la relazione tra i due è scadente. Quindi i terapeuti che riescono a sviluppare una buona relazione col paziente potrebbero non coincidere con i terapeuti tecnicamente competenti. Un altro studio di Little et al. (2) indica che i pazienti preferiscono un approccio orientato a loro stessi, piuttosto che alla patologia, e che se viene loro negato, si sentono meno soddisfatti, meno coinvolti, di conseguenza con scarsa

fiducia e soffrono maggiormente la patologia. Il grado di percezione della presa in carico da parte del paziente è risultato essere misurabile con cinque parametri: comunicazione, relazione personale, promozione della salute, approccio positivo alla diagnosi e alla prognosi, interesse per gli effetti sulla vita.

La comunicazione era il parametro maggiormente correlato con la soddisfazione del paziente, fatto che conferma i dati dello studio precedente in cui si affermava che il paziente non è in grado di stabilire se il trattamento ricevuto è di qualità, ed il suo grado di soddisfazione dipendeva dal livello di comunicazione col medico.

L'approccio positivo verso la diagnosi e la prognosi era il fattore maggiormente correlato al peso, alla difficoltà di sopportare la patologia, mentre l'interesse verso gli effetti sulla vita quotidiana e la promozione della salute erano maggiormente correlati al coinvolgimento del paziente nel trattamento. Bisogna inoltre ricordare che ancora prima della visita, il paziente ha delle aspettative verso il medico, il terapeuta, la patologia, il trattamento ed il recupero. Il fatto che la realtà sia diversa dalle aspettative genera insoddisfazione, per cui sarebbe indicato avvicinarsi ai desideri del paziente, e per farlo è necessario capire che cosa il paziente vuole da noi. In questa situazione si esplicita il concetto di "alleanza terapeutica", dove paziente e terapeuta concordano una strategia per raggiungere obiettivi comuni. Non è quindi solo il paziente che decide che cosa fare, o meglio, la scelta spetta al paziente, ma solo dopo che il terapeuta ha illustrato ampiamente la situazione clinica, le varie ipotesi terapeutiche, i rischi ed i vantaggi. In questo ambito il paziente può dare un consenso davvero informato al trattamento, in autonomia, che diventa tale solo nel momento in cui il clinico ha fornito tutte le informazioni necessarie per compiere una scelta in libertà, concetto cardine anche nell'etica di comportamento del personale sanitario (5).

Ovviamente poi ci saranno dei casi in cui le aspettative del paziente sono inadeguate alla situazione, alla patologia, o sono addirittura irrealistiche: pertanto tenderà a svilupparsi nel paziente insoddisfazione e diffidenza, desiderio di sentire altri pareri medici, o perfino sconforto. Il paziente sarà quindi potenzialmente "difficile", non da un punto di vista del recupero biologico, ma come atteggiamento psicologico. Interviene a questo punto l'abilità del terapeuta di gestire la relazione interpersonale, che è molto diversa dall'abilità tecnica. Un buon riabilitatore dovrebbe possedere entrambe le abilità, soprattutto nei casi di pazienti particolarmente gravi o cronici. Il grado di soddisfazione e coinvolgimento sono importanti anche per la compliance del paziente, che sarà maggiormente portato a svolgere gli esercizi e a seguire i consigli ricevuti se sarà soddisfatto del trattamento, del rapporto col medico e coinvolto attivamente nella cura del suo problema (2).

### ***Il paziente difficile in fisioterapia***

Nella pratica clinica, può capitare di avere a che fare con pazienti difficili, ma non solo da un punto di vista riabilitativo, per esempio con patologie gravi o croniche, ma difficili anche da un punto di vista relazionale o di gestione della patologia. Gli individui possono reagire alla stessa situazione in maniera diversa, per cui diversi pazienti con la stessa patologia, avranno un atteggiamento diverso verso la propria patologia, verso il trattamento e anche verso il terapeuta in base alla propria situazione sociale, al carattere, allo stress di quel periodo, alle pressioni esterne... L'ICF ha identificato queste variabili come fattori personali ed ambientali. I personali sono quelli che appartengono al paziente, le sue caratteristiche, la sua età, il sesso, il peso altre

patologie, background sociale... i fattori ambientali invece sono quelli in cui il paziente vive, cioè il lavoro che fa, la vita familiare, il clima, la città... L'atteggiamento che il paziente ha verso la propria patologia, viene denominato in inglese "coping", per cui ci saranno pazienti con un "bad coping" che non presteranno sufficiente attenzione alla patologia, difficilmente si recheranno dal medico, tenderanno a non eseguire gli esercizi domiciliari e a non rispettare il dolore. I pazienti con bad coping hanno una prognosi peggiore dei pazienti con good coping, per cui è importante che il terapeuta si renda conto dell'atteggiamento del paziente e cerchi di modificarlo. Uno studio di Potter et al. (4) indica che i pazienti considerati difficili dai fisioterapisti hanno problemi comportamentali o aspettative non adeguate. Le caratteristiche chiave dei problemi del paziente si possono raggruppare in questo modo:

- 1) Comportamento del paziente
- 2) Caratteristiche del terapeuta
- 3) Differenze tra cultura e convinzioni del paziente e del terapeuta
- 4) Complessità dei problemi medici
- 5) fattori sociali e ambientali
- 6) fallimento del paziente nel rivelare importanti informazioni al terapeuta

Considerando tutte queste caratteristiche si può dedurre che un paziente "difficile" non lo è solo per le sue caratteristiche ma anche per quelle del terapeuta, ed instaurare un buona interazione migliora la soddisfazione ed il coping del paziente, con una minore probabilità di insoddisfazione. Il linguaggio non verbale del paziente può aiutare ad individuare i soggetti difficili, ma è importante sottolineare che il terapeuta di fronte ad un paziente che identifica come "difficile" potrebbe mostrare un atteggiamento più distaccato, compromettendo il fragile rapporto che si stava creando. E' quindi importante il linguaggio non verbale del paziente che ci permette di ottenere importanti

informazioni, ma ha la stessa importanza anche cosa viene trasmesso al paziente dal terapeuta tramite il linguaggio del corpo.

Nello studio di Potter il paziente difficile veniva classificato dai fisioterapisti nel modo seguente:

con *problemi comportamentali* - passivo, dipendente, arrabbiato, aggressivo o saccente,

con *problemi nelle aspettative* - volere che tutti i sintomi svaniscano in una seduta o che si possano trattare tutti i distretti corporei alla prima seduta

con *problemi fisici* - pazienti con lesioni multiple, problemi fisici associati che ostacolano il trattamento, pazienti obesi...

con *molto dolore* - questa categoria è stata individuata dai terapisti non esperti, che facevano fatica a rapportarsi a situazioni cliniche molto dolorose

con *problemi psicologici* - non distinti dai problemi psicosociali all'osservazione dei terapisti con esperienza lavorativa minore di cinque anni, mentre i terapisti più esperti erano in grado di discriminarli.

*Problemi associati* - si sono osservati anche problemi di conflittualità tra sessi, con un terapeuta maschio che trattava una femmina e viceversa, pazienti con problemi economici, pazienti cronici che nessuno è mai riuscito a guarire e pazienti giovani con scarso supporto familiare, o disinteressati o con scarsa attenzione al proprio corpo. In generale si può notare che i terapisti con minore esperienza (<5 anni) incontravano maggiori problemi e consideravano "difficili" un numero maggiore di pazienti (i problemi associati sono emersi dal gruppo di terapisti inesperti), trovandosi anche in difficoltà a rapportarsi con alti livelli di dolore del paziente e a prevedere una prognosi. Inoltre avevano un atteggiamento maggiormente orientato al problema, rispetto ai colleghi più esperti che utilizzavano un approccio orientato al paziente.

**Table 2.** Behavioural attributes of the difficult patient that physiotherapists found hardest to deal with. The number in brackets indicates the number of groups which identified this behaviour.

| Behaviour   | Examples  |
|---|---|
| Passive (ie do not take responsibility for themselves) (6)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>'The passive patient is someone who is not willing to participate in their own rehabilitation.' [Participant Group C]</li> </ul>   |
| Angry/aggressive toward physiotherapist regarding their injury, rehabilitation and/or other health care professionals involved in their management (6)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>'They [patients] think that someone else is to blame for their pain, whether it is their work because they've had an injury at work, or whether they've had a car accident and they were the innocent party. They are motivated to keep their pain going, it is an outlet for their anger. They're angry and they want someone to blame.' [Participant Group F]</li> </ul> |
| Patients who think they 'know it all' and who are ill-informed (6)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>'People that have a little bit of knowledge about the anatomy, they don't actually understand it in the sense of the pathology of the problem, but they basically think they know more than you do.' [Participant Group F]</li> </ul>  |
| Dependency on a particular treatment and/or physiotherapist (6)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>'Dependent patients expect us to do everything for them.' [Participant Group B]</li> </ul>   |
| Non-compliant with rehabilitation advice and/or exercises prescribed (5)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>'Patients who are non-compliant with instructions or exercise programs, or something you ask them to do.' [Participant Group F]</li> </ul>   |
| Demanding of a physiotherapist's knowledge, time and/or attention (5)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>'The demanding person, they could demand our knowledge, our time or attention. For example, they demand you see them now; they can't wait until tomorrow. They want your attention. It might be for 10 seconds but they want it now. Sometimes you give that extra time and attention and that is not long enough.' [Participant Group D]</li> </ul>                       |
| Manipulative of health care professionals and/or the health care system (5)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>'A patient may have a hidden agenda. For example, there may be medico-legal issues with a workers' compensation claim and so they don't improve. They just won't get better because if they do it will affect their claim. Sometimes they will try to manipulate the situation to serve their own ends.' [Group A]</li> </ul>  |
| Lacks trust in physiotherapist and/or is sceptical of physiotherapy treatment (4)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>'Someone that's had a bad experience with another physiotherapist, maybe that treatment made them worse so they are less trusting of you.' [Participant Group F]</li> </ul>  |
| Unreliable (ie arrive late for treatment or fail to attend) (3)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>'People who are frequently arriving late for treatment and you need to chase them up.' [Participant Group F]</li> </ul>  |
| Seeks multiple opinions from various health care professionals (3)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>'Somebody who has gone to many different people to have assessment and perhaps treatment for their problem which has not improved a great deal.' [Participant Group C]</li> </ul>  |
| In denial of their problem or severity of their problem (3)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>'You can get patients who won't accept the severity of their injury or that they have a problem that requires treatment which makes them difficult to deal with.' [Participant Group E]</li> </ul>   |
| Lacks motivation in physiotherapy (3)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>'The doctor may have referred them but they are unmotivated and don't want to be there. They could be unmotivated because they are not willing to do anything about their problem. I find this more with those on workers' compensation when someone else is paying for the treatment.' [Participant Group E]</li> </ul>   |
| High performance drive (3)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>'These people have an inability to rest, or to not do things. They are different from those who just don't comply at all. They'll do all the exercises that you give them, but they won't take a rest and instead tend to overdo it.' [Participant Group F]</li> </ul>   |
| Catastrophisers/negative thinkers (3)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>'It doesn't matter what you say or how much objective improvement they show, they always think the worst. So sometimes you have to really push them to do their exercises or try to work out how to show them they are getting better because they are so negative and can easily get worse for no good reason.' [Participant Group A]</li> </ul>                          |
| Other (1-2)   |   |
| Unhappy with treatment and/or life in general, ageist, confused, helpless/hopeless, highly anxious, low self-esteem or self-confidence, obsessive, overtalkative, makes significant self-disclosures. |   |

E' quindi importante per un terapeuta acquisire le strategie per gestire questi pazienti senza trasmettere insicurezza o conflittualità, che potrebbero compromettere la relazione, il rapporto di "alleanza terapeutica" e di conseguenza i risultati del trattamento.

I limiti dello studio riguardano l'esiguo numero del campione e il ruolo del ricercatore che, essendo un terapeuta attivo, potrebbe condizionare il gruppo. Nella tabella che segue possiamo vedere le strategie identificate dai terapisti per gestire i pazienti difficili.

**Table 3.** Strategies identified by physiotherapists to deal with difficult patients.

| Category                          | Ideas generated  |
|-----------------------------------|--|
| Physiotherapist communication     | <p>Three or more groups identified:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Providing explanations of the physiotherapy process eg the treatment plan, physiotherapist expectations, a diagnosis, a timeframe for healing, justifying the treatment approach.</li> <li>• Use of visual aids to assist explanations.</li> <li>• Demonstrating active listening skills eg eye contact, nodding of the head, open posture.</li> <li>• Use of interpreters (casual or formal) with people for whom English is their second language.</li> <li>• Adjusting the physiotherapist's manner and approach to gain rapport, patient confidence and to meet the needs of each patient.</li> </ul> <p>One or two groups identified:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Be honest and encourage honesty.</li> <li>• Establish a good relationship with significant others eg referrer, insurer, doctor.</li> <li>• Use scare tactics ie paint the worst possible scenario.</li> <li>• Follow up difficult patients with a phone call.</li> <li>• Provide written information for the patient.</li> <li>• Adopt a counselling role.</li> <li>• Use direct questioning.</li> <li>• Paraphrase to redefine the problem.</li> <li>• Maintain comprehensive patient notes.</li> <li>• Provide explanations using analogies and case histories making sure to put information in simple terms.</li> </ul> |
| Behaviour modification            | <p>Three or more groups identified:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Set appropriate goals with the patient.</li> <li>• Make the patient active in the process eg make a physiotherapist-patient contract.</li> <li>• Ignore inappropriate pain behaviours and move away from a pain focus.</li> <li>• Provide positive reinforcement, encouragement and rewards to motivate patients.</li> <li>• Teach patients self-management strategies eg through exercise prescription.</li> </ul> <p>One or two groups identified:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Charge patients if they miss appointments.</li> <li>• Ask patients to keep a record of exercises completed to demonstrate improvement (ie a diary).</li> </ul>  |
| Referral or involvement of others | <p>Three or more groups identified:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seek assistance from another physiotherapist eg discuss or review a difficult patient with a colleague.</li> <li>• Refer to other health professionals who may be able to support physiotherapy treatment, or offer alternatives once physiotherapy options are exhausted.</li> <li>• Have team meetings, or liaise with other health professionals who also deal with the patient eg doctor, rehabilitation provider, specialist.</li> </ul>   |
| Other                             | <p>Three or more groups identified:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Adopt administrative procedures to assist the physiotherapist eg book difficult patients in a double time slot, where possible avoid scheduling two difficult patients consecutively, or as first or last appointments for the day.</li> </ul> <p>One or two groups identified:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiotherapists should seek ongoing education in both physical and non-physical areas to improve their ability to manage difficult patients.</li> </ul>   |

E' da notare che la gran parte delle strategie sono di tipo comunicativo e tentano di coinvolgere attivamente il paziente nel processo riabilitativo e di farlo sentire a proprio agio. E' importante assistere il paziente nella comprensione della sua patologia, dare indicazioni utili per la gestione del problema, in modo da migliorare il "coping" e lo stato psicologico del paziente. Uno studio di Stanton et al. (6) infatti mostra che i pazienti con locus of control interno recuperavano maggiormente dei pazienti con locus of control esterno. Il locus of control, tradotto letteralmente con "luogo di controllo" consiste nella convinzione del paziente che la guarigione debba venire dall'interno o dall'esterno. Nel primo caso l'atteggiamento del paziente è del tipo "che cosa posso fare per risolvere il mio problema?", nel caso di locus of control esterno, il paziente è convinto che qualcuno debba fare qualcosa per guarirlo. Per cui il suo atteggiamento sarà del tipo "che cosa puoi fare per risolvere il mio problema?" In questo caso i pazienti saranno

meno collaboranti, con una minore compliance, proprio perché sono convinti che il problema non dipenda da loro, ma dall'abilità del terapeuta. In effetti nello studio di Stanton i valori di remissione del dolore non sono assoluti, ma correlati al trattamento manuale; in ogni caso, i pazienti sottoposti a trattamento e con locus of control interno, recuperavano maggiormente dei pazienti trattati ma con locus of control esterno. Con la comunicazione, si può cercare anche di modificare il locus of control di un paziente, facendogli capire che anche lui può intervenire per modificare il decorso della patologia, con esercizi, cambiando lo stile di vita, non mancando agli appuntamenti con la terapia... favorendo una strategia di recupero attivo.

Da un punto di vista non verbale, invece, dobbiamo dimostrare al paziente che ci stiamo prendendo cura di lui, mostrando, per esempio, attenzione alle sue parole con il contatto visivo, con un cenno affermativo del capo, tenendo una postura aperta, per rassicurarlo e fargli capire che è lui al centro della nostra attenzione, non la patologia o noi stessi.

### ***La comunicazione con il paziente***

Per ottenere una storia clinica esauriente, la relazione tra il terapeuta ed il paziente deve essere basata su una comunicazione efficace. In questo contesto le forme di comunicazione verbale e non verbale diventano dei parametri basilari della pratica sanitaria. Molti clinici si rendono conto che durante l'anamnesi, vengono fornite varie indicazioni per la diagnosi ed il trattamento ma frequentemente emerge anche la volontà di guarigione da un punto di vista psicosociale, nella relazione terapeutica. Quindi è essenziale che il terapeuta ascolti, e osservi anche, attentamente il paziente per poter fornire anche un supporto psicologico, una specie di cura anche per il problema psicosociale. Chiaramente non bisogna centrare il trattamento sui problemi

psicosociali, non è il nostro lavoro, ma la persona che ci troviamo davanti non è solo un'entità biologica, ma bio-psico-sociale, e dobbiamo rapportarci con tutte e tre le parti. L'eventuale stato d'ansia del paziente nei confronti della sua patologia può essere alleviato incoraggiando delle domande, ed esplicitando il processo di decisione che dovrà essere condiviso.

Per comunicare col paziente l'Accreditation Council for Graduate Medical Education raccomanda ai medici di migliorare in cinque abilità comunicative:

- 1) Abilità di ascolto effettivo
- 2) Abilità nel porre domande efficaci per ricavare informazioni
- 3) Abilità di spiegazione per fornire informazioni
- 4) Abilità educativa e di consiglio del paziente
- 5) Abilità nel prendere decisioni basate sulle esigenze e preferenze del paziente

Un articolo di Travaline et al. (7) suggerisce di

- valutare che cosa il paziente vuole davvero: prima di dare informazioni bisogna verificare che cosa il paziente sa della sua condizione, perché a volte ha un'idea confusa della patologia e fornire ulteriori informazioni può creare incomprensioni.
- valutare che cosa il paziente vuole sapere: non tutti i pazienti con la stessa diagnosi vogliono avere lo stesso livello di dettaglio nella spiegazione, per cui sta al clinico capire se deve dare maggiori informazioni e se il paziente sarebbe in grado di comprenderle. Un modo per verificare se ha capito le informazioni fornite è valutare le domande che pone: se sono centrate sull'argomento e appropriate indicano comprensione, se denotano confusione è meglio fare qualche passo indietro e riproporre la spiegazione.

- essere empatici: l'empatia è un'abilità di base che consente al clinico di comprendere le emozioni espresse in modo indiretto.
- non avere fretta: fornire le informazioni con calma, con le dovute pause lasciando il tempo al paziente di comprendere i dati fornite ed eventualmente porre delle domande, soprattutto quando le notizie sono negative. Lasciare delle pause per rielaborare, anche piangere e poi porre delle domande è essenziale.
- spiegare le cose con semplicità: non si devono utilizzare lunghi monologhi, ma frasi brevi e concise, adeguando il livello linguistico alla tipologia di paziente che ci troviamo davanti.
- dire la verità: è importante, soprattutto nel non minimizzare l'impatto dei concetti importanti, in caso di patologia grave per esempio, in cui minimizzare il problema creerebbe molta confusione.
- avere speranza: anche se la prognosi è negativa, non bisogna perdere le speranze perché sia il paziente che la famiglia lo avvertirebbero, e si può anche sperare che si riduca almeno il dolore, se proprio non è possibile guarire dalla patologia.
- osservare il viso ed il corpo del paziente: è importante per cogliere le emozioni del paziente, gli eventuali dubbi, tramite il linguaggio non verbale. C'è anche da ricordare che la comunicazione non verbale è comunque biunivoca e quindi bisogna stare attenti a quello che noi mostriamo al paziente, l'interesse nei suoi confronti, la serietà....
- essere pronti ad una reazione: i pazienti reagiscono in modo diverso ad una stessa patologia, in base al loro carattere,

cultura e livello sociale, oppure anche in base al momento. Bisogna quindi essere preparati a reazioni di tipo diverso per poi fornire una risposta adeguata alla reazione del paziente. Seguendo queste indicazioni la relazione dovrebbe svilupparsi in maniera fisiologica e contribuire di per se stessa al processo di guarigione, per la soddisfazione da parte del paziente di essere preso in carico da un terapeuta che agisce per il bene del malato.

### ***Conclusioni***

La comunicazione, sia verbale, sia non verbale, è il fulcro del rapporto col paziente. Ci permette di entrare in relazione con lui, di ottenere delle informazioni, anche personali, ci consente di educare ed informare il paziente riguardo alla sua patologia e al trattamento. E' lo strumento per ottenere la fiducia del paziente, che si traduce in un positivo effetto placebo, in una maggiore compliance, in un atteggiamento positivo verso il recupero e la terapia. E' quindi un'abilità che il terapeuta, il medico, o qualsiasi altro operatore sanitario devono possedere, e migliorare con l'esperienza, soprattutto nella capacità di adattarsi alla persona che si trovano di fronte. E' però fondamentale ricordare sempre che la comunicazione, sia quella verbale che quella non verbale, è sempre reciproca. Quando ascoltiamo un paziente, in realtà gli stiamo anche comunicando qualcosa, dei significati che dobbiamo conoscere e controllare, dobbiamo capire che cosa il paziente ci sta dicendo, raccogliendolo su personal computer o su carta, ma nel frattempo dobbiamo rimandargli impressioni positive, fiducia, attenzione nei suoi riguardi e sicurezza. Una cattiva relazione, scarsa fiducia, impressioni negative, difficilmente porteranno ad outcome positivi, nonostante eventuali eccellenti capacità tecniche del terapeuta.

Bergonzi Massimo

## ***Bibliografia***

1. Franks P., Fiscella K., Shields C.G., Meldrum S.C., Duberstein P., Jerant A.F., Tancredi D.J., Epstein R.M. Are patients' ratings of their physicians related to their health outcomes? *Ann. Fam. Med.* 3: 229-234, 2005.
2. Little P., Everitt H., Williamson I., Warner G., Moore M., Gould C., Ferrier K., Payne S. Observational study of effects of patient centredness on positive approach on outcomes on general practice consultation. *Br. Med. J.* 323: 908-911, 2001.
3. Mainous A.G., Kerse N., Brock C.D., Hughes C., Pruitt C. Doctors developing patient trust: perspective from United States and New Zealand. *NZFP* 30: 336-341, 2003.
4. Potter M., Gordon S., Hamer P. The difficult patient in private practice physiotherapy: a qualitative study. *Austr. J. Physioth.* 49: 53-61, 2003.
5. RCOG Ethics Committee Position Paper 2: November 2002
6. Stanton W.R., Jull G.A. Cervicogenic headache: locus of control and success of treatment. *Headache* 43: 956-961, 2003.
7. Travaline J.M., Ruchinkas R., D'Alonzo G.E. Patient-Physician Communication: Why and How. *JAOA* 105: 13-18, 2005.
8. Ventres W., Kooienga S., Marlin R., Vuckovic N., Stewart V. Clinician style and examination room computers: a video ethnography. *Fam. Med.* 37: 276-281, 2005.