

Un'esperienza di formazione al counselling sistemico

Patrizia Elli, Pediatra di famiglia, Milano, formatrice al counselling sistemico

Michele Gangemi, Pediatra di famiglia, ACP Verona, formatore al counselling sistemico

Abstract

A training experience on systemic counselling

In 2004 in Cesena, Italy, a training experience on systemic counselling with a particular attention to 0-6 years of age range, has been offered to family and community paediatricians. In this paper we report the fall-out and the characteristics of this kind of training. Considering the specific communicative needs of participants, the main characteristics of conscious communication in health have been analysed. With the aid of audio recorders in the paediatricians' office the modalities by which paediatricians give information or suggest specific behaviours have been analysed, together with the problematic aspects of a spontaneous communication. Ample space has been also given to narrative medicine in order to understand its use and applicability in health. Specific attention has been given to narrative abilities useful in integrating patients' and doctors' histories with clinical and objective data. The Calgary-Cambridge Observation Guide, useful for teaching a medical interview, has been proposed in a version modified for a paediatric context. This is the first of a series of papers regarding the training course and its evaluation.

Quaderni acp 2006; 13(4): 166-168

Key words Counselling. Narrative. Parenting

Nel seguente articolo vengono riportate le tappe, le caratteristiche e le ricadute di un corso di formazione al counselling sistemico svoltosi a Cesena nel 2004 e rivolto a pediatri di famiglia e consultoriali con particolare attenzione alla fascia di età pediatrica compresa tra 0 e 6 anni. Partendo da un'analisi dei bisogni dei partecipanti in ambito comunicativo, sono state analizzate le caratteristiche fondamentali della comunicazione consapevole in campo sanitario. Con il supporto di audioregistrazioni condotte in ambulatori pediatrici, alcune delle quali prodotte dai partecipanti al corso, sono state esaminate le modalità abituali con cui il professionista dà informazioni o illustra proposte di comportamento e gli aspetti problematici di una comunicazione spontanea. Ampio spazio è stato dedicato anche alla medicina narrativa, per comprenderne l'applicazione e l'utilizzo in ambito sanitario, con particolare riguardo alle abilità narrative utili per integrare le storie dei pazienti e quelle dei medici con i dati dell'obiettività clinica e degli esami. Analizzata infine la Calgary-Cambridge Observation Guide, uno strumento di conduzione del colloquio in ambito sanitario, ne è stata proposta una sua riformulazione utile al contesto pediatrico, nell'ambito di un lavoro di formazione specifica e di ricerca successiva al corso. Questo articolo è il primo di una serie di interventi che descrivono il percorso di formazione e la sua valutazione.

Parole chiave Counselling. Narrazione. Sostegno alla genitorialità

Nel 2004 si è svolto a Cesena un corso di formazione al counselling sistemico rivolto a un gruppo di pediatri di famiglia e consultoriali, con l'obiettivo di far acquisire ai partecipanti le abilità di base del counselling nelle comunicazioni professionali non problematiche, con particolare attenzione alla fascia di età da 0 a 6 anni. Il corso, commissionato dalla ASL, ha visto anche il coinvolgimento della Unità Operativa di Neuropsichia-

tria Infantile, Psicologia e Riabilitazione dell'età evolutiva.

Il counselling è stato da subito definito come "una modalità comunicativa professionale consapevole, caratterizzata da un ascolto attivo e un approccio centrato sul bambino e la sua famiglia, con l'obiettivo di mobilitare le risorse e le capacità del sistema per facilitare una condivisione nelle decisioni che riguardano la sua salute": una buona comunicazione

va dunque appresa e non affidata semplicemente alla predisposizione spontanea del professionista (1).

Affinché il corso avesse i presupposti per una partecipazione attiva, si è partiti da una analisi dei bisogni dei partecipanti, riferiti all'ambito comunicativo.

Le criticità raccolte sono riportate nella **tabella 1**, dove vengono distinte le risposte che si riferiscono a difficoltà di gestione della comunicazione vera e propria da quelle riguardanti gli aspetti emotivi. Nella **tabella 2** invece vengono differenziate le risposte più centrate sulle difficoltà del medico rispetto a quelle attinenti alla relazione con il paziente.

La prima suddivisione proposta nella **tabella 1** ha permesso una presa di coscienza da parte dei partecipanti al corso della caratteristica fondamentale della comunicazione: *la comunicazione esiste solo all'interno di una relazione; in ogni relazione umana passano delle emozioni*. Ecco perché molte delle criticità espresse rimandano alla gestione delle emozioni ed

TABELLA 1: DIFFICOLTÀ DI GESTIONE DELLA COMUNICAZIONE

Problemi di comunicazione:

- comunicare diagnosi difficili e con malati cronici;
- comunicare con genitori ansiosi, in disaccordo e alternativi;
- comunicare con genitori extracomunitari;
- comunicare con i bambini;
- affiancarsi ai genitori;
- comprendere il vero problema;
- favorire cambiamenti.

Gestione delle emozioni:

- sopportare;
- non giudicare;
- trovare la giusta distanza;
- reprimere insofferenza.

Per corrispondenza:
Michele Gangemi
e-mail: migangem@tin.it

esperienze

TABELLA 2: DIFFICOLTÀ DEL MEDICO RISPETTO ALLA RELAZIONE CON IL PAZIENTE**Risposte centrate sul medico:**

- essere ascoltato;
- avere tempo;
- educare;
- convincere;
- dare soluzioni.

Risposte centrate sul paziente:

- mettersi in relazione;
- ascoltare;
- favorire la narrazione;
- allargare il contesto;
- accogliere i bisogni inespressi.

TABELLA 3: LA NARRAZIONE IN MEDICINA**Nella fase diagnostica:**

- è la forma in cui i pazienti sperimentano la malattia;
- favorisce l'empatia e la comprensione tra medico e paziente;
- rende possibile dare un senso;
- può fornire indizi utili.

Nel processo terapeutico:

- favorisce un approccio terapeutico globale;
- è intrinsecamente terapeutica;
- può suggerire ulteriori scelte terapeutiche;
- pone le basi per l'alleanza terapeutica.

Nell'educazione dei pazienti:

- è ancorata all'esperienza del paziente;
- stimola la riflessione.

Nella ricerca:

- aiuta a programmare un'agenda centrata sul paziente;
- può suggerire nuove ipotesi;
- può mettere in discussione i risultati ottenuti.

da: Greenhalgh T, Hurwitz B. *BMJ* 1999;318:48-50

ecco perché, sebbene il counselling non sia un intervento di psicologia, occorre tuttavia essere consapevoli delle proprie emozioni per poterle controllare gli effetti nella comunicazione con i pazienti.

Questa presa di coscienza da parte del professionista è uno degli aspetti che caratterizzano la *comunicazione consapevole*.

La *tabella 2*, invece, rende evidente come i bisogni dei partecipanti indicassero, di fatto, il percorso e il cambiamento proposti con il corso: dall'essere ascoltato ad ascoltare, dal dare soluzioni ad accogliere i bisogni, da una medicina basata sul medico a una medicina basata sul paziente.

Per ottenere questo cambiamento è stato proposto uno schema che prevede quattro aree, all'interno delle quali si muovono le informazioni e le indicazioni di comportamento: lo *spazio informativo del paziente* (ciò che sa o pensa di sapere, ciò che ha osservato, le sue ipotesi) e il *suo spazio comportamentale* (ciò che fa abitualmente, che vorrebbe fare, che pensa di poter o non poter fare), lo *spazio informativo del professionista* (quello che il paziente dovrebbe sapere) e lo *spazio comportamentale del professionista* (quello che pensa che il paziente dovrebbe fare) (2). L'analisi di audioregistrazioni in ambulatori pediatrici ha evidenziato come l'intervento informativo e la proposta di comportamenti da parte del professionista siano più facilmente accettati dal paziente e attuati con minori difficoltà se prima vengono esplorati i suoi spazi informativi e comportamentali. In sostanza, è molto più facile ottenere un cambiamento se si parte dalle convinzioni del paziente piuttosto che deciderlo a priori da parte del medico, senza esplorare ciò che il paziente sa o crede di sapere. Ecco allora che la narrazione da parte dei genitori e del bambino, quando più grandicello, diventa un punto di partenza irrinunciabile.

Con i casi proposti nelle prime due giornate, tratti da registrazioni condotte in ambulatori pediatrici in occasione di precedenti corsi di formazione, si sono evidenziati gli aspetti critici di una comunicazione spontanea: colloquio privo di conduzione da parte del professionista, scarso ascolto, assenza di empatia.

Nel corso è stato anche dedicato molto spazio alla medicina narrativa (in accordo con le richieste fatte dai partecipanti), sia per darne una definizione sia per comprenderne l'applicazione e l'utilizzo in ambito sanitario.

La narrazione è il modo abituale che abbiamo per parlare di noi (3). Narrare infatti significa esporre un fatto o una serie di fatti, seguendo un determinato ordine nella rievocazione e nella ricerca delle cause. Il metodo clinico è un atto interpretativo che si basa sulle abilità narrative per integrare le storie dei pazienti e quelle dei medici con i dati oggettivi degli esami. Pertanto sono stati affrontati e discussi i motivi per cui va favorita la narrazione in medicina nei diversi ambiti: nella fase diagnostica, nel processo terapeutico, nell'educazione dei pazienti, nella ricerca (4) (*tabella 3*).

Nell'intervallo tra le prime 2 giornate di formazione e quelle conclusive, i partecipanti hanno prodotto, come loro richiesto, alcune registrazioni di colloqui condotti nel proprio contesto lavorativo, utili sia per il riascolto personale sia come materiale didattico nel percorso formativo. E questi sono stati i commenti: "Non mi ero mai reso conto di quanto parlo!". "Sono riuscito a farmi ascoltare quando ho riassunto quello che il paziente mi aveva detto!". "Pensavo che la presenza del registratore interferisse molto sulla spontaneità del colloquio e invece, dopo qualche minuto, mi sono dimenticato... e si vede!".

Le stesse registrazioni sono state usate nei lavori di gruppo, con l'obiettivo di evidenziare i momenti in cui si erano applicate le abilità di counselling apprese nelle prime giornate. È risultato chiaro in questa analisi che, sebbene le tecniche apprese sembrassero quasi delle ovvietà, la loro applicazione non era risultata così automatica e semplice, ma necessitava di una formazione di più ore. Le registrazioni riguardavano in particolare bilanci di salute e prime visite, essendo il corso centrato sui primi sei anni di vita del bambino. Emerge in esse quasi costantemente la tendenza del pediatra a "consigliare" e a "sostituirsi" piuttosto che "affiancarsi" al genitore. Se riteniamo che il vero sostegno alla genitorialità sia valorizzare le scelte e i comportamenti dei genitori, risulta allora evidente l'utilità di una modalità comunicativa diversa, che preveda appunto una curiosità al mondo cognitivo e comportamentale del paziente e del suo sistema. Un esempio emerso a questo propo-

sito è il comportamento medio dei pediatri durante la fase dello svezzamento, prodighi di consigli piuttosto che attenti a valorizzare i tentativi messi in atto dai genitori.

È stata infine presentata la Calgary-Cambridge Observation Guide, un modello di conduzione del colloquio in ambito medico (5). Tale schema, studiato in origine per la medicina dell'adulto, ben si accorda nei suoi vari passaggi ai principi del counselling sistemico.

La Calgary-Cambridge Guide consta di una prima parte comprendente item relativi al colloquio con il paziente: inizio del colloquio; esplorazione dei problemi; comprensione del punto di vista del paziente; struttura del colloquio (riassunti e sequenze logiche); costruzione della relazione; chiusura. La seconda parte è più centrata sulla spiegazione del programma medico: fornire informazioni; facilitare la comprensione; costruzione di un'agenda condivisa; verifica della comprensione e negoziazione; chiusura. Al termine del corso sono stati espressi da parte di un gruppo di partecipanti la volontà e l'interesse a proseguire l'esperienza formativa iniziata, partendo proprio da un'analisi della Calgary-Cambridge Guide e da una sua riformulazione appropriata al contesto pediatrico.

Il percorso e il lavoro di questo gruppo, già illustrati nell'ambito di un convegno sulla medicina narrativa che si è svolto a Cesena nel novembre 2005, proseguiranno con un progetto di formazione specifica e di ricerca che verrà illustrato nei prossimi due articoli. ♦

Bibliografia

- (1) Gangemi M. "La carta di Firenze" è un impegno dell'ACP. Quaderni acp 2005;5:185.
- (2) Bert G, Quadrino S. Parole di medici, parole di pazienti. Il Pensiero Scientifico editore, 2002.
- (3) Gangemi M. Ai pediatri di libera scelta serve la narrative-based-medicine? Medico e Bambino 2004;23(7):440-1.
- (4) Greenhalgh T, Hurwitz B. Why study narrative? BMJ 1999;318:48-50.
- (5) Kurtz S, et al. Teaching and learning communication skills in medicine. Radcliffe Medical Press, 1999.

È uscito il numero 13 di **NEWSLETTER PEDIATRICA** La sorveglianza della letteratura per il pediatra Bollettino bimestrale per i soci dell'ACP

Sommario del numero 13. Febbraio – marzo 2006, Volume 4, pagg. 32-46

Presentazione	pag. 32
Letteratura primaria	
Efficacia e sicurezza del trattamento antifebbrile realizzato con due farmaci alternati	pag. 33
È davvero utile la profilassi antibiotica dopo pielonefrite nei bambini con RVU?	pag. 34
Screening per il ritardo del linguaggio in età prescolare nell'ambito delle cure primarie	pag. 36
Segni precoci di malattia meningococcica	pag. 37
Esposizione al sole in età pediatrica e rischio di melanoma	pag. 38
Performance di criteri clinici per la valutazione dei pazienti con trauma cranico chiuso	pag. 39
Rischio di condizioni patologiche intracraniche dopo convulsione febbrile complessa	pag. 40
Infezione non primaria da citomegalovirus e deficit uditivo	pag. 40
Utilizzo del tabacco negli adolescenti	pag. 41
Diagnosi ritardata nella palatoschisi senza labioschisi	pag. 42
In breve	pag. 44
Cochrane Database of Systematic Review.	
Il 2° aggiornamento del 2006	pag. 46

Cos'è la Newsletter

- ▶ La newsletter è uno strumento di aggiornamento per il pediatra di famiglia o ospedaliero generalista e per i gruppi locali dell'ACP
- ▶ Vengono sorvegliate in maniera sistematica le seguenti riviste:
 - Lancet
 - British Medical Journal (BMJ)
 - Journal of American Medical Association (JAMA)
 - New England Journal of Medicine
 - Archives of Diseases in Childhood (ADC)
 - Paediatrics
 - Journal of Pediatrics
 - Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine
 - Paediatric Infectious Disease Journal.
 - Viene analizzata periodicamente la Cochrane Library per identificare revisioni sistematiche di possibile interesse per il pediatra.

La distribuzione della Newsletter è riservata ai soci ACP e avviene per posta elettronica. Per riceverla, è necessario iscriversi al servizio inviando una e-mail all'indirizzo: newsletter@csbonlus.org, con oggetto "Conferma newsletter" e specificando

1. Nome, cognome, città e professione (pediatra di famiglia, ospedaliero, ecc.) e-mail cui la Newsletter deve essere indirizzata.
2. Questa e-mail va inviata una volta sola in occasione della prima iscrizione al servizio. La Newsletter sarà successivamente inviata in automatico agli iscritti.

Gli arretrati sono disponibili sul sito www.csbonlus.org, nella sezione "Risorse".