

Ascolto del malato

I tre temi che affrontate in questi incontri formativi sono posti sotto la dicitura comune: “Sintonizziamo l’ascolto”. Si ricorre a questa metafora per dire che un certo mondo del disagio e della sofferenza va conosciuto per poter portarvi un contributo efficace. Il mondo scientifico si basa su questo assunto: prima occorre conoscere la realtà per poi intervenire su di essa. È la medesima operazione che fa il mercato: devi avere le antenne per captare le richieste della gente, allora saprai cosa vendere.

A noi oggi l’impegno di accostare il mondo del malato, per migliorare il nostro ascolto, nella consapevolezza degli ostacoli e dei rischi che questa operazione comporta.

1) L’importanza d’essere ascoltati

Il bisogno di parlare

Per capire l’importanza del saper ascoltare occorre porre un’attenzione al significato del parlare nell’esperienza umana. Il poter parlare di sé è un bisogno fondamentale. La medicina progredisce sempre più ma non riesce a scoprire nulla che sostituisca la parola nel colmare la solitudine. Si è circondati da un sacco di gente, s’incontrano migliaia di persone in casa e fuori, nei reparti, in strada, ma spesso c’è un’unica cosa in comune: la solitudine!

La persona ha bisogno di dirsi. La parola è la fonte della percezione di se stessi e della propria identità. Mentre parliamo, noi ci sentiamo parlare. L’io mentre parla sente la sua voce ritornargli, per cui egli può controllare ciò che dice, può modulare la voce, darle una particolare intonazione cosicché sia consona al momento particolare.

E mentre parla, l’individuo non fa semplice esercizio fonetico: il suo parlare è sempre un dire qualcosa. La voce è un mezzo di trasmissione, e chi ricorre al suo uso è perché si è deciso ad uscire da se stesso e ad esporsi per un contatto all’esterno. Per lo meno, quando si parla, ci si aspetta che venga recepita questa mia fatica e volontà di comunicare qualcosa, ed, anzi, apprezzata. Qualora iniziassi a parlare e l’interlocutore neppure mostrasse di accorgersi, questo stesso fatto suonerebbe un giudizio d’insignificanza nei confronti della mia persona: non sono ritenuto all’altezza di poter entrare in relazione con lui.

Dunque è un’esperienza importante questa dell’esporsi, e qualora la persona venisse sistematicamente accolta con distacco o noncuranza, si sentirebbe lesa nella stima. E quella della stima personale è un’area troppo centrale della personalità per non sentire la tentazione di difenderla. Il minimo che possa accadere a chi si sente poco accolto è di non voler più esporsi e di ritirarsi. Anche quando non arrivasse a interrompere bruscamente la comunicazione, tuttavia il suo parlare comincerà ad essere circospetto.

Ognuno di noi può ritrovare nell’esperienza personale la verità di quanto vado dicendo. La storia personale ha tracciato dentro di noi dei solchi che non sono facilmente colmabili. Un atteggiamento difensivo acquisito da piccoli, se non curato per tempo, può diventare un vero e proprio stile, anche in situazioni in cui oggettivamente non ci sarebbe alcun bisogno di difendersi. Così, anche davanti ad una persona del tutto rispettosa e che sa ascoltare si resta sul chi va là e non ci si espone, salvo l’interlocutore non dia garanzie solide. Come a dire: la mia timidezza esige che tu sia molto affidabile! Ed anche molto paziente, perché quando ci accorgiamo che qualcuno non ci dà fiducia, la tentazione di lasciarlo per conto suo è forte: la

fiducia non concessa suona un giudizio nei nostri confronti. Insomma, si crea un circolo vizioso.

Conclusione: quanto è importante nel nostro ascolto riportare l'altro alla fiducia che aveva persa! E come è facile riconsegnarlo – con la superficialità dell'ascolto – alla sua sfiducia!

Il bisogno di essere capiti bene

Per quanto la parola possa esprimere la persona e i suoi pensieri, chi sta parlando sente l'io come qualcosa di mai totalmente definibile, racchiudibile in stereotipi. Soprattutto, percepisce il proprio io come aperto alla speranza e perfezionabile. Il soggetto stesso, nel momento in cui si definisce e si presenta, coglie tutta l'inadeguatezza e insufficienza della propria auto-presentazione. La parola detta è un po' come tutti gli altri prodotti dell'io: fare un lavoro, scrivere una lettera... Il nostro elaborato è sempre in qualche modo insufficiente, avrebbe potuto essere più rispondente alle proprie potenzialità. E la presentazione ad altri di quella nostra creazione ci crea imbarazzo, quasi essi ci valutino solo a partire da essa.

Così, dopo che abbiamo parlato di noi, c'è il timore che il nostro ascoltatore presuma di possedere la verità definitiva. È il timore che, per esempio, qualcuno ha nei confronti della psicologia: la paura di essere schedati in una tipologia statica e inappellabile!

A volte il timore nostro è di essere usati, manipolati: il timore che l'ascoltatore usi le nostre parole solo per cercare una conferma alla sua opinione, magari addirittura per accusarci (ti ricordi quante volte ti avevo detto di...). Particolarmente frustrante è il vedere come, in certi casi, l'ascoltatore ritenga di avere già capito tutto prima ancora che si sia terminato di parlare. Egli ci ruba letteralmente il tempo, gioca d'anticipo, non ci permette di dare completezza e ordine ai pensieri.

Le distorsioni percettive

Esiste alla base sta la presunzione che quanto percepiamo sia esattamente quanto sta davanti a noi. I nostri organi di senso – in particolare l'occhio e l'orecchio – sono davvero così oggettivi? Pensiamo a quando la luna è bassa all'orizzonte e sembra di dimensioni più grandi...

La funzione percettiva è qualcosa di distinto dall'oggetto percepito: essa non è passiva recettività perché ci mette qualcosa di suo, organizzando i dati raccolti in un tutto che sia coerente. Già nell'attimo del recepire, infatti, si attribuisce un significato all'oggetto, lo si valuta in rapporto a sé e agli altri e si opera una selezione: ci sono le cose importanti, quelle un po' meno, quelle da escludere...

Ci sono una serie di *fattori* che influiscono sulla nostra percezione, distorcendola in grado più o meno sensibile. Vediamoli:

Le caratteristiche dell'oggetto percepito.

- Il *valore* o *proprietà* che noi attribuiamo alla realtà percepita. Se ha molto valore, si tende a sovrastimarla, se ha poco valore a sottostimarla. Si veda un classico test: a delle persone si mostrano in momenti diversi una moneta e un cerchietto di cartone di uguale grandezza; se si domanda loro quale abbia la dimensione maggiore quasi sempre indicano la moneta. Facile capire il perché. Un altro test: quando a un bambino disegna la propria famiglia, le persone acquistano dimensioni molto diverse secondo il grado di autorità. Per un credente, se la cosa la dice il papa vale più di quanto la dice il suo vecchio parroco...

- Il *significato emotivo* dell'oggetto percepito condiziona la velocità di percezione. Se un malato anziano mi parla dei suoi nipotini, questo non crea in me particolare tensione, ma quando il suo discorso si porta su questioni dottrinali impegnative (tipo il "dolore innocente"), allora la mia percezione tende ad essere acuta e a vedere - in quella che magari voleva essere solo una domanda - una vena polemica nei confronti della fede.

- Altro elemento dell'oggetto che può far distorcere la percezione è la *familiarità* che si ha con esso: se il malato in questione è mio suocero che conosco da una vita, basta una smorfia e diciamo: "ho capito tutto!". Ma capire al volo non equivale a capire meglio. Questo rischio lo corre il volontario che, proprio perché va da anni in un reparto, ritiene di capire subito le situazioni perché si sente afferrato su quella tipologia di malattia.

I fattori legati alla nostra personalità.

- I *meccanismi di difesa* sono delle forme psicologiche di auto protezione dall'ansia provocata da un evento sgradito. In misura più o meno accentuata, essi sono un modo per "adattare" e addolcire la realtà per renderla più accettabile. Un caso esemplare, quando riceviamo una critica e dentro di noi diciamo: "questo tale ce l'ha con me" (proiezione). Un altro caso: nella persona di cui sono innamorato vedo solo virtù e non i difetti (idealizzazione primitiva). Una madre mi trasmette le sue ansie per la malattia del figlio e io generalizzo ("si sa, anche i bambini si ammalano") o minimizzo ("ma sì, cosa vuole che sia una broncio lite, c'è di peggio"). In sostanza non sono bendisposto all'ascolto perché scappo dall'ansia.

- I *bisogni personali* – sacrosanti - conferiscono un significato molto soggettivo alla realtà. È opportuno essere consapevoli se e in quale misura nel nostro ministero o volontariato ci aspettiamo una gratificazione. Quanto più io sono alla mercé di bisogni di cui non sono consapevole, tanto più alto è il rischio di incorrere nella distorsione dell'ascolto. Se per esempio ho bisogno di dipendenza affettiva, finisce che attribuisco molta più importanza e dedico quindi molto più tempo a quel paziente che mi manifesta calore e riconoscenza. So ho bisogno di esibizionismo, finisce che nel dialogo col malato parlo più io di me che non lui dei suoi problemi. Se ho bisogno di dominare, mi dilungo in una serie di consigli e raccomandazioni non richiesti. Se sono curioso, mi avventuro in domande che toccano sempre più la sfera intima senza una reale necessità... Preso dai miei bisogni, il mio ascolto diventa selettivo, parziale, sensibile solo a ciò che vuole.

- Anche i nostri *valori* e i nostri interessi - umani o religiosi - influiscono sulla percezione. Li cogliamo prima e tendiamo a enfatizzarli passando in seconda linea il resto. Fate caso a quando sfogliate un quotidiano: le notizie che interessano le adocchiamo anche se scritte con caratteri più piccoli. E però certe altre notizie, scritte in grande, ci sfuggono. Se io, per esempio, sono una devota di Medjugorie, resto immediatamente colpita dal rosario presente sul comodino del malato o da un riferimento alla Madonna. Oppure tenderò a fornire a tutti quella che ritengo la panacea: il rosario completo tutti i giorni, il pellegrinaggio in Bosnia Erzegovina...

2) Il malato e la sua condizione

La gerarchia dei bisogni

Maslow presenta una scala dei bisogni della persona umana che è articolata secondo la peculiarità dell'essere umano, costituito nella dualità corpo-spirito. Per questo egli vive e sperimenta dimensioni che diverse e integrate fra di loro: biologica, psico-emotiva, psico-sociale, intellettuale e spirituale. Ognuna di queste aree avanza una serie di bisogni che chiedono adeguata soddisfazione.

Secondo il criterio di "impellenza", Maslow delinea una gerarchia dei bisogni, posti a diversi livelli:

- *fisiologici*: respirare, nutrirsi, dormire, difendere la salute e il benessere fisico...
- *di sicurezza*: ricerca di familiarità e stabilità, di protezione contro pericoli, di previsione e programmazione del futuro...

- *d'appartenenza e amore*: avere un posto nel gruppo e nella società, affiliazione, affetto, riconoscimento sociale, relazioni...
- *di stima*: essere considerati ed apprezzati, avere qualità e competenze, ottenere successo, avvertire la propria unicità...
- *di realizzazione*: poter diventare ciò che ci si sente capaci di diventare, senso delle cose, compiti e doveri...

Quando un bisogno, soprattutto dei livelli più bassi, resta a lungo senza risposta, l'individuo sperimenta uno stato di frustrazione più o meno forte. Una delle situazioni più frustranti è quella della malattia, perché tutto il mondo della propria esistenza viene messo in discussione. Non c'è malattia che non abbia anche un riflesso psichico. La *scala di Maslow* si rivela utile per comprendere quali siano le esigenze del malato e perché malattia e ospedalizzazione siano tra le più importanti cause di frustrazione.

I bisogni emergenti nella condizione di malattia

a) Bisogni fisiologici

È abbastanza evidente come in primo piano ci sia la frustrazione dei bisogni primari. Fino a che essi restano insoddisfatti, gli altri tipi di bisogno restano un po' in ombra. Riferiti al malato questi bisogni si potrebbero così esplicitare:

- non provare dolore fisico, perlomeno acuto (esami invasivi, flebo...)
- potersi muovere fisicamente, letto comodo (snodabile o rigido?...)
- igiene personale, bisogni corporali (se il malato è alettato, quanto deve attendere?...)
- non avere freddo o troppo caldo (certe finestre aperte e la corrente d'aria!)
- un'alimentazione congrua e gustosa (com'è il cibo dell'ospedale: saporito, caldo...?)
- un ambiente silenzioso e ritmi sopportabili (quanti disturbi ci sono in corsia e di notte?)

Nel soddisfacimento di molti di questi bisogni il paziente dipende dagli altri (operatori sanitari, famigliari, badante) perché ha perso il dono prezioso dell'autonomia.

b) Bisogni di sicurezza

La malattia è vissuta come crollo delle sicurezze, perché la nostra prima sicurezza si fonda sulla fiducia nei confronti del nostro corpo, sapere di poterne disporre come e quando vogliamo. E il corpo è sempre stato un nostro buon alleato (spesso senza consapevolezza). Ora è proprio il corpo a tradirci, come quando ci sentiamo sicuri nella nostra casa e arriva il terremoto! Il malato vive pertanto un costante senso di minaccia, sullo sfondo aleggia sempre lo spettro del dolore fisico e in definitiva della morte.

Ebbene, questo stato di insicurezza viene accentuato dalla novità dell'universo ospedaliero e dalla poca conoscenza delle sue regole, dalla separazione dalla famiglia, dalla difficoltà ad inquadrare bene medici, infermieri ed altri operatori che si avvicinano attorno al letto. Il paziente ha bisogno di trovare attorno a sé figure di riferimento cui affidarsi, avere garanzie che non verrà abbandonato. Il ritardo di un esame e le spiegazioni date a gocce non fanno che accentuare la sua ansia. Malati e parenti particolarmente ansiosi tendono a soddisfare questo bisogno di sicurezza attraverso la pratica delle raccomandazioni, dei regali o delle mance.

c) Bisogno di partecipazione e di amore

Il bisogno d'essere accettato e amato, che nella vita di tutti i giorni viene soddisfatto dal cerchio dei famigliari e degli amici, dal sentirsi nel proprio ambiente e tra i colleghi, si accentua nella situazione di malattia e di ospedalizzazione per l'isolamento sociale in cui il ricoverato si ritrova. Infatti, in questo ambiente anonimo non riceve le testimonianze di interessamento e di affetto cui era abituato.

Come reazione può essere che il malato identifichi il medico con la figura protettiva del padre e l'infermiera con quella tenera della madre. Gli operatori sanitari, magari perché presi dagli aspetti tecnici del lavoro o dai ritmi incalzanti, non sono generalmente disposti a corrispondere a questo bisogno. Oppure qualcuno lo fa, ma con stile paternalistico che fissa il paziente in una posizione infantile e lo frustra nel bisogno di stima. In risposta a questo bisogno è facile che nasca solidarietà e amicizia fra degenti della stessa stanza, amicizie che durano anche dopo la dimissione.

d) Bisogno di stima

Se il bisogno di stima richiede di sentirsi utili, competenti, apprezzati..., certamente lo stato di malattia manda a picco le nostre quotazioni in borsa. La cultura efficientista e mercantile del mondo odierno poi non fa che accentuare il discredito per chi non produce e consuma le risorse collettive. Soprattutto, il paziente fa esperienza dei propri limiti, di essere un comune mortale e il suo ego ne resta ferito. L'immagine di sé – costruita sui modelli del bello, sano, forte... - subisce un tracollo.

Ora, quanto a considerazione e stima degli altri, in ospedale non è che il paziente ne riceva molte prove. Lo si chiama a volte col nome storpiato o col numero del letto. Persone che fino a ieri non conosceva lo trattano dall'alto in basso, magari gli danno del "tu". La privacy è sempre precaria, il suo corpo è sovente esposto allo sguardo di estranei, alcuni esami intimi sono fatti in presenza di altri malati.

Se in casa sua, al lavoro, in città aveva un suo ruolo e prestigio, ora è semplicemente una persona in pigiama non degna di molta considerazione. Tutto questo, si sa, cambia se si tratta di una clinica privata, dove proprio queste attenzioni sono poste in primo piano da parte della struttura, che ha tutto interesse a mettere il cliente a proprio agio.

e) Bisogno di realizzazione

Il bisogno di realizzazione è certo il più nobile per un essere umano, potremmo definirlo come il desiderio di fare ciò che si è adatti a fare, di tradurre in realtà le proprie attitudini. La malattia invece ostacola proprio questo, perché è vissuta come perdita di molte opportunità e diminuzione della propria personalità. La tendenza ancora diffusa alla ospedalizzazione e a privilegiare gli aspetti tecnici dell'assistenza non aiuta a saldare l'evento della malattia all'esperienza globale della propria vita, così da conferirle un significato esistenziale di crescita.

Eppure, di per sé, la malattia potrebbe addirittura svolgere la funzione di predella di lancio per "volare ancora più alto" verso il mondo dei valori, se non che l'interesse per la trascendenza e la spiritualità non trova molto spazio nell'odierna organizzazione sanitario/assistenziale.

Le reazioni dei malati: molti diverse, a volte strane

La malattia è un'esperienza vissuta a tutto campo (sul piano biologico, psicologico, sociale) e disorganizza l'individuo nei suoi equilibri e nella sua identità. Tuttavia l'illustrazione dei bisogni del malato non deve farci pensare a un malato standard. Proprio perché l'evento della malattia esige dall'uomo la mobilitazione generale delle sue risorse vitali, ne rivela con evidenza l'organizzazione, la forza e la debolezza. Cento persone colpite dalla stessa malattia presentano cento modi diversi di fronteggiarla. Non c'è da meravigliarsi pertanto se i singoli malati, pur vivendo la medesima situazione, differiscono nel modo di percepirla e di reagire.

Saper ascoltare il malato significa avere in mente una griglia per captare e decifrare i segnali di una frustrazione in atto, senza però volerli scovare a tutti i costi in ogni singola

persona. Non deve meravigliare se ci sono le “eccezioni”: può essere che una mamma soffra molto fisicamente, ma la sua più grande preoccupazione siano i figli piccoli rimasti a casa; un uomo col tumore galoppante magari è più preoccupato del futuro della sua azienda; un prete magari è quello che meno di tutti avverte il bisogno di richiedere l’unzione degli infermi o la comunione quotidiana...

Perché ritroviamo questa diversità da uno all’altro?

Il vissuto di malattia dipende da molti elementi: il tipo di patologia, il suo esordio e durata; la personalità, età ed esperienze precedenti del malato; le implicanze famigliari e lavorative; la cultura e l’ambiente di vita; il percorso spirituale e il significato attribuito all’evento morboso...

Per quanto riguarda il nostro approccio assistenziale (l’ascolto della persona), assume importanza il *significato* personale della malattia: cogliere il significato che il malato dà al suo male equivale a collegare la rappresentazione mentale che si fa della malattia (aspetto *cognitivo*) con le emozioni da essa originate (aspetto *emotivo*). Sono soprattutto tre i significati:

- *Malattia come minaccia* (emozione: paura, ansia) Il malato, perdendo le sicurezze, si sente in pericolo. La sua reazione emotiva è l’ansia, la paura. Egli può vivere uno stato generale di irrequietezza. La sua paura può essere ragionevole o sproporzionata. Aspetti positivo della paura: farsi aiutare. Concorso alle paure: cattiva informazione!

- *Malattia come perdita* (emozione: tristezza, depressione). Perdita di “oggetti d’amore”: il corpo in salute, l’ambiente di vita, le relazioni, le proprie attività e lavoro, l’immagine di sé... La gamma di reazioni emotive vanno dalla semplice tristezza, al senso di colpa, al disinteresse generalizzato, all’isolamento, al disarmo, alla disperazione... Come fare un’iniezione di ottimismo?

- *Malattia come ostacolo* (emozione: rabbia, collera!) L’evento patologico è un «alt!» improvviso ai progetti. L’ostacolo crea un forte senso di frustrazione e la reazione tipica è la rabbia che può diventare collera ed essere distruttiva, oltre che inconcludente. Come canalizzarla cosicché diventi grinta e determinazione nel lottare e voler guarire?

Nella malattia le emozioni sono piuttosto intense e rischiano di disorganizzare la struttura psichica dell’individuo. È per questo che la malattia è il luogo propizio dove l’individuo mette in atto una serie di “meccanismi di difesa”, i quali vanno ben compresi perché hanno una loro *utilità*. Ne prendiamo in esame solo alcuni, i più frequenti.

- *L’aggressività*. Sentendosi attaccato, e non potendo prendersela con il nemico (il male), il malato trova dei bersagli sostitutivi alla propria rabbia nelle persone che lo accostano. Malati diffidenti, intrattabili, insoddisfatti, aggressivi coi familiari, rifiutano cure... Vittimismo. Attenzione: l’aggressività produce aggressività!

- *La regressione*. Comportamento tipico dell’età infantile come ricerca di protezione (il ritorno all’utero materno). Il malato vede nel medico il “padre onnipotente” e nell’infermiera la “buona madre”. Ci può essere un aspetto positivo nell’affidarsi alle cure, purché non diventi un abito per cui si delega alla responsabilità in ordine alla guarigione. La regressione insistente può fare del malato il “tiranno domestico”. Chi assiste da una parte deve avere la pazienza e tenerezza, dall’altra non deve avere ansia protettiva facendosi così manipolare.

- *La negazione*. È esclusione dalla coscienza di un contenuto ansiogeno, e può essere totale o solo parziale. Il malato ritiene di non essere tale o per lo meno non crede alla gravità. Il rischio è di assumere comportamenti irresponsabili non aderenza alle terapie. La sfida qui è come conciliare il diritto e la necessità dell’informazione con la sua disposizione ad accettarla.

3) La comunicazione, non ovvia come si crede

Il processo comunicativo

L'ascolto rientra nel processo della comunicazione, sul quale occorre spendere una parola.

In ogni comunicazione sono identificabili degli elementi che concorrono alla sua felice riuscita:

- Le *persone* che comunicano tra di loro (*emittente* del messaggio e *ricevente*)
- Il *contenuto* della comunicazione (messaggio)
- Il *mezzo* attraverso cui si comunica (linguaggio)
- Il *contesto* in cui avviene lo scambio

Perché la comunicazione sia efficace, non basta che l'emittente invii il messaggio: è necessario che il ricevente lo comprenda per quel che è. Generalmente è il la risposta di ritorno (*feed-back*) che dà la misura della qualità della percezione. Quando il ricevente risponde, i ruoli dei due dialoganti si scambiano: il ricevente diventa emittente, e viceversa, l'emittente diventa ricevente. Così avviene la comunicazione assume un carattere circolare, un moto di andata e ritorno.

Se a prima vista tutto ciò sembra un processo semplice e lineare, in realtà siamo di fronte ad un fenomeno delicato, complesso e fragile, perché il messaggio trasmesso può subire numerose modificazioni prima di giungere al destinatario. Tali modificazioni possono avvenire grazie ad alcune operazioni compiute sia da chi manda il messaggio, sia da chi lo riceve.

Anzitutto gli interlocutori fanno passare il messaggio attraverso alcuni *filtri* personali che lo modificano in modo più o meno rilevante: sentimenti, condizionamenti culturali, sociali, filosofici e religiosi, pregiudizi, rapporto con la persona incontrata. Tutti questi elementi possono produrre una distorsione del messaggio ricevuto o inviato. Per esempio, non è la stessa cosa per me parlare al primario che manco mi saluta rispetto all'infermiera che si è sempre mostrata gentile. Non è lo stesso che io mi rivolga al paziente rispetto a quando mi rivolgo a un suo familiare. Che idea del prete si è fatto il malato: consolatore o annunciatore di morte? E il parente cosa si aspetta da me: un alleato, uno che deve "sistemare" le cose per tempo? Sono filtri di cui necessariamente dovrò tener conto nel processo della relazione di aiuto.

In secondo luogo è importante tener conto dell'operazione di *codificazione e decodificazione* del messaggio. La codificazione consiste nell'utilizzare determinati simboli per trasmettere un messaggio: parola, atteggiamenti, gesti... Perché il dialogo sia efficace occorre che tali simboli siano decodificabili, cioè comprensibili per il ricevente. Il medico che utilizza termini troppo tecnici difficilmente sarà compreso dal malato. Lo stesso vale per l'assistente spirituale che si avventura in termini troppo teologici. Cosa significa epicheia, epiclesi, metanoia, parusia... A volte i nostri cristiani non comprendono cose molto più semplici di queste: sanno cosa è un sacramento? ("Padre mi dia una benedizione": cioè? assoluzione dei peccati? unzione degli infermi? semplice preghiera o solo un segno di croce?). Cosa intendono quando dicono: mi dia una benedizione "speciale"? si ricordano il significato di "precepto festivo"?

In terzo luogo, riveste particolare importanza, il *canale*, cioè il supporto materiale attraverso cui passa il messaggio: organo fonetico e auditivo, onde sonore, luce, filo telefonico, proiezioni visive, tatto... Le condizioni dell'ambiente e il contesto possono interferire o agevolare il percorso del messaggio. Se stai dialogando col malato in una corsia d'ospedale puoi essere disturbato da molte cose: campanelli e segnali acustici vari,

interferenze dell'infermiera che controlla la flebo, vicinanza ai letti di altri malati, presenza di familiari o della badante...

Un'ultima operazione che influisce sulla qualità della comunicazione è il *tipo di linguaggio* usato, che può essere di tre tipi:

a) *verbale*: le informazioni provengono dalle parole e riguardano il contenuto del messaggio, il che cosa viene detto.

b) *paraverbale*: riguarda il modo in cui viene offerto il verbale: il tono della voce, il ritmo e la velocità con cui si parla, le sottolineature, le esitazioni e pause...

c) *non verbale*: le informazioni provengono dal corpo stesso: lo sguardo, la mimica del volto, la distanza interpersonale, la postura, i gesti e movimenti del corpo. Teniamo presente che il linguaggio non verbale accompagna sempre quello verbale, potenziandolo o magari contraddicendolo (ambivalenza nel messaggio). Un esempio: se una persona entra nella stanza del malato con un sonoro "Buongiorno, come ha trascorso la giornata?" e al tempo stesso ha un sorriso pre confezionato e svolge contemporaneamente altre attività, è chiaro che manda un messaggio ambivalente alla persona incontrata.

4) Le regole del buon ascolto

Andiamo a spiare cosa raccomandano gli esperti di psicoterapia ai loro allievi. Mutatis mutandis, qualche buon suggerimento ne può derivare anche a noi.

01. Prima di condurre un colloquio, tento di rendermi il più possibile consapevole delle influenze, esteriori ed interiori, alle quali sono soggetto in questo momento e in genere. Vorrei concentrare il mio saper ascoltare, vedere, pensare, "sentire" e credere, unicamente sul partner del colloquio; vorrei sintonizzarmi su di lui, eliminando i trasmettitori e i rumori secondari che impediscono di ascoltare e guardare nel modo esatto e senza pregiudizi. Esamino fino a che punto posso arginare, eliminare, oppure integrare in modo conveniente, queste mie influenze e sensazioni personali. Tra l'altro, in questo modo, mi può capitare di trascrivere su un foglio, senza averci prima riflettuto, tutto quello che mi passa per la mente.

02. Prima e durante il colloquio, mi preoccupo di ottenere la maggior tranquillità possibile, sia interiormente che esternamente.

03. Mi centro e mi concentro sul partner del colloquio, sulle sue dichiarazioni e sulle sue esperienze, sui suoi desideri e sulle sue sensazioni, sulle sue capacità e sulle sue incapacità.

04. Il mio ascolto serio e attento si può manifestare sia verbalmente ("sì... mmh") che non verbalmente (con un cenno del capo, la posizione del capo, la posizione in cui si è seduti, la mimica, la gestualità, etc.).

05. Sto attento non solo al significato delle parole, ma anche alla scelta di queste, all'accento, al tono di voce, al ritmo del colloquio, alle pause del discorso, alle posizioni di rottura nel corso del colloquio, etc.

- 06.** Non mi baso soltanto sull'ascolto, ma anche sulla vista, ed osservo quindi la mimica, il linguaggio della mimica, la corporatura del partner, la sua postura, etc.
- 07.** Non bado solo alle dichiarazioni logiche del partner, ma tento di capire ciò che egli (ancora) non può verbalizzare, per es. le sensazioni forti, le emozioni negative. Devo stare attento però alle interpolazioni soggettive.
- 08.** Osservo le parole pungenti, concitate, le frasi chiave, le domande principali, nonché le posizioni di rottura e le pause. C'è un filo conduttore, una direzione ben determinata?
- 09.** Se è possibile, annoto i punti importanti del colloquio; il partner deve essere d'accordo su questo, e non lasciarsi confondere dal fatto che il terapeuta gli scriva davanti.
- 10.** Ascolto con "attenzione uniformemente fluttuante" (Freud), evito quindi una temporanea perdita di interesse, come pure un distaccarmi interiormente verso gli altri temi; non mi preoccupo di un determinato argomento del colloquio - anche se mi può sembrare significativo o difficile - mentre il partner sta già parlando di altri temi.
- 11.** Lascio parlare il partner: non interferisco con le mie domande, o con l'esposizione delle mie idee e delle mie interpretazioni precipitose; ho tempo e pazienza.
- 12.** Quando il partner introduce una pausa, non cerco affannosamente le parole per superare la difficoltà, né riempio senza esitare la pausa con frasi tipo "ciò che le volevo dire o chiedere da tempo".
- 13.** Pongo solo domande necessarie e che aiutino a portare avanti il discorso; le domande, inoltre, devono scaturire dal colloquio e non devono esservi introdotte a forza.
- 14.** Quando il partner del colloquio pone domande, prima ascolto le risposte che egli stesso può trovare, dicendogli: "Lei stesso avrà sicuramente già trovato una risposta".
- 15.** Evito coscientemente di farmi affascinare dal desiderio di parlare a lungo dei miei fatti personali (racconti tratti dalla mia vita e dal mio campo d'esperienza, descrizione di un caso simile, tentativi di persuasione, dogmatizzazione, interpretazione, etc.).
- 16.** Cerco occasioni per conoscere me stesso. Che cosa provo quando qualcuno mi ascolta con competenza? Come reagisco di fronte ad un cattivo ascoltatore?
- 17.** Pratico il cosiddetto « metodo riflettente » (secondo Rogers e Tausch).
- 18.** Dopo aver ascoltato il partner mi pronuncio (sono dunque reattivo), dopo di che ascolto nuovamente, permettendo al partner di incominciare un nuovo discorso.
- 19.** Cerco costantemente di rendermi conto in quali circostanze convenga smettere di ascoltare per cominciare a parlare (sono poche! Cf. «Quando intervenire»).
- 20.** Dopo ogni colloquio cerco di rendermi conto fino a che punto il mio ascolto sia riuscito bene (tramite la stesura di un protocollo di colloquio, e confrontando tale colloquio con il modo di ascoltare qui illustrato).

Quando intervenire nel colloquio terapeutico?

Solo un tale perfezionamento, perseguito con costanza, conduce al cambiamento del comportamento. Ascoltare rimane, comunque, difficile anche dopo una lunga preparazione ed esercizio. Nella tensione del colloquio, in alcune circostanze, il terapeuta deve resistere alla tentazione di intervenire. Nella pratica può risultare che come terapeuta (operatore sociale, direttore spirituale) io parli soltanto:

- quando il partner si è ormai pronunciato, e quindi, è disposto ad ascoltare;
- quando il mio discorso deriva dall'ascolto e conduce ad un nuovo ascolto;
- quando il mio contributo è indispensabile e di sostegno (per es., quando il partner del colloquio non riesce più a proseguire da solo);
- quando devo strutturare il colloquio;
- nel caso dovessi rinforzare una dichiarazione del partner (per es., facendo riferimento all'attività o all'aggressività a cui un partner depresso accenna improvvisamente);
- quando devo controllare se ho capito bene il partner o se lo devo comprendere ancora meglio;
- quando il partner pone domande ben precise, e non riesce a trovare da solo le risposte;
- quando devo esprimere attenzione, impegno, affermazione e considerazione;
- quando devo verbalizzare ciò che il partner non è in grado di verbalizzare;
- quando il partner proprio non riesce ad esprimersi, non riesce ad inserirsi nel colloquio, oppure è fortemente bloccato da una pausa del colloquio.

5) Utili indicazioni per quanti visitano i malati

01. Presentarsi e chiedere il nome. Spiegare il perché della visita.

02. Rispettare il bisogno di **privacy** dell'altro, quando lo manifesta, ma sapersi addentrare con gentilezza nei suoi vissuti quando lui stesso ne parla. Mantenere brevi le visite quando le circostanze o le condizioni del malato lo esigono; nel dubbio se il soffermarsi sia di conforto o meno, interpellare direttamente l'interessato.

03. Lasciare che sia il malato a **condurre** il dialogo e a decidere le modalità con cui rivelarsi, senza bersagliarlo di domande, controllando e dirigendo lo scambio.

04. Saper distinguere i propri **bisogni** da quelli dell'aiutato, onde evitare proiezioni o ricerca di compensazioni. Condividere la propria esperienza di sofferenza solo quando è in sintonia col vissuto del malato e lo può aiutare.

05. Coltivare l'arte dell'**osservazione**, cogliendo spunti verbali e non-verbali, al fine di comprendere meglio la persona e il suo mondo interiore.

06. Educarsi ad accompagnare i **sentimenti** dell'altro senza negarli, banalizzarli o minimizzarli, consapevoli che essi necessitano di accoglienza e comprensione per essere elaborati adeguatamente.

07. Imparare a convivere con il **silenzio** e a comunicare attraverso la gestualità, soprattutto quando il rammarico o lo sfogo per diagnosi infauste o perdite subite richiedesse vicinanza, silenzio solidale e rispetto.

08. Evitare domande inutili o inappropriate e non cambiar argomento ogni qualvolta ci si sente a disagio, sapendo valorizzare la tensione come occasione di crescita e di ascolto più profondo. Essere aperti al dialogo su **temi difficili**, quando il malato ne avverte il bisogno (es. sulla morte), ma saper rispettare le sue difese psicologiche fino a che non ne può fare a meno.

09. Frenare la tendenza a dare **consigli** o proposte di soluzione ai problemi, favorendo che esse maturino attraverso un dialogo facilitante, introspettivo e valutativo con il malato.

10. Sviluppare capacità introspettive non solo nel capire le ferite e le difficoltà del malato, ma anche nel riconoscere le **risorse** (fisiche, psicologiche, intellettive, sociali, spirituali) e saperle mobilitare a servizio della salute e della speranza.

11. Evitare i toni moralistici e predicatori, pur adoperandosi per far emergere il senso di **responsabilità** e maturità dell'interlocutore.

12. Non correre a **difendere Dio** quando il malato amareggiato lo pone sul banco degli imputati: più che di avvocati, Dio ha bisogno di collaboratori che ascoltino il grido delle sue creature ferite. Non fare ricorso a frasi fatte o a stereotipi, che invece di consolare possono turbare e ferire (es. "E' la volontà di Dio", "Tutto andrà per il meglio", "Prega se vuoi guarire", "Solo i buoni muoiono giovani"...).

13. Fare leva sulla **preghiera** o su altre risorse religiose quando il malato ne fa richiesta o emergono indicazioni favorevoli in questo senso.Cogliere le occasioni per la riflessione, la catechesi, l'evangelizzazione ed i sacramenti, valorizzando ciò che traspare dal dialogo, ma senza forzare la natura dei momenti spirituali.

Ricordati !!!

**Il tuo compito non è di risolvere i problemi della gente,
ma di farsi compagni nel cammino.**

Affidiamo l'efficacia dei nostri colloqui pastorali al Signore,
che è ricco di compassione e si prende cura delle nostre ferite.

Signore, è terra sacra il dolore:
ch'io mi tolga i sandali quando entro
e non abbia a scivolare fra i letti
senza incontrare un volto e un nome.

Signore, è una cella oscura la malattia:
le sue pareti trasudano paura.
È un urlo muto che invoca ascolto
ai tanti bisogni e nascoste emozioni:
chiede di non negarli o minimizzarli,
ma riconoscerli e accompagnarli.

Insegnami, o Dio, l'arte del silenzio:
ch'io freni le domande inopportune,
i consigli non richiesti, le frasi fatte;
e, davanti all'animo già amareggiato,
a spiegare l'insondabile mistero
ch'io non tiri in campo il tuo volere,
ma porti nella preghiera il suo lamento.

Sia piuttosto il mio corpo a parlare:
il sorriso aperto, il calore delle mani;
e nel cuore oppresso dal male,
possa risvegliare le risorse sopite,
aiuti a scoprire le opportunità nuove.

Ch'io non pretenda, potente Signore,
di risparmiargli ogni pena e affanno
e m'accontenti di stare al suo fianco
come umile testimone di speranza,
come fedele compagno di viaggio.

Preghiamo:

O Dio, che nel tuo amore di Padre ti accosti alla sofferenza di tutti gli uomini e li unisci alla Pasqua del tuo Figlio, rendici tuoi mediatori nell'ascoltare i gemiti dei fratelli, perché sull'esempio di Cristo impariamo a condividere il mistero del dolore, illuminati dalla speranza che salva. Per Cristo nostro Signore.