



La comunicazione verbale e non verbale nei contesti della medicina

Silvana Galderisi

**Dipartimento di Psichiatria
Università di Napoli SUN**



La comunicazione verbale e non verbale nei contesti della medicina

- I pazienti considerano la capacità di comunicazione come una delle tre principali competenze che un medico deve possedere, tuttavia la comunicazione medico-paziente è stata spesso valutata come inadeguata (Bensing JM, Dronkers J. Med Care 1992; McBride et al, Arch Fam Med 1994; Marvel et al, JAMA 1999)
- ➔ Necessità di migliorare le abilità di comunicazione nella formazione dei medici
- ➔ La formazione deve essere basata su dati empirici che mostrino quali aspetti del comportamento del medico sono più importanti ai fini dell'esito dei trattamenti

Comportamenti non verbali

Intonazione della voce
Prossimità/contatto
Posizione e movimenti della testa, della faccia, del tronco e delle estremità

Comportamenti verbali

Raccolta delle informazioni
Sviluppo della relazione
Processo decisionale

Costruzione della relazione interpersonale

Scambio di informazioni

Risposta emozionale

Assunzione di decisioni sulla gestione e sulla terapia

Risposta emozionale

Esiti

A breve termine: ricordo del paziente, intenzione di aderire, fiducia

Nel medio termine: Aderenza

A lungo termine: risoluzione dei sintomi, miglioramento delle condizioni di salute, della qualità della vita, dei tassi di mortalità

Table 1. Physician Verbal Behaviors Associated with Clinical and Behavioral Patient Outcomes in Empirical Studies Performed in Office Settings.

Behavior of Physician	Ref	LOR	Sample Size (Patients; Providers)	Setting; Observation	Patient Outcomes Measure	Association	Reliability	Other
Discrete Variables				Interpersonal Relationship Building				
Empathy	19	2	55; 11	Pediatric outpatient clinic 9 Rs, 2 NPs; VT	Satisfaction	+ [‡]	Kappa = .69	Mothers with high exposure to empathy had higher visit satisfaction and greater reductions in their concerns
Patient-centered behavior	20	2	140; 24	Family physician offices 24 FPs; AT	Compliance	+ [‡]	93% agreement	Significantly related to patient-reported compliance and borderline significantly related to pill count measure
	21	2	115; 7	Pediatric outpatient department 7 MDs; AT	Satisfaction	+ [‡]	Kappa = .69	More patient centeredness was perceived as more interpersonally sensitive by patient
Passive behavior	22	0	154; 154	PC outpatient clinic 154 PC MDs; AT	Compliance	- [†]	NA	Negative correlation between active patient-passive MD and compliance
Tension release	22	0	154; 154	PC outpatient clinic 154 PC MDs; AT	Compliance	+ [‡]	NA	Both joking and laughing from the patient and MD correlate with compliance
Encouragement	19	2	55; 11	Pediatric outpatient clinic 9 Rs, 2 NPs; VT	Satisfaction	+ [‡]	Kappa = .69	Mothers with high exposure to encouragement more satisfied and rated their clinician more often as a "source for information and advice"
Nonintegrative behavior	22	0	154; 154	PC outpatient clinic 154 PC MDs; AT	Compliance	- [†]	NA	Formal, help withholding, rejecting MDs create patients with less compliance; but absence of behavior has no influence on compliance
				Information Exchange				

Beck et al, J Am Board Fam Pract 2002

Physician Verbal Behaviors Associated with Clinical and Behavioral Patient Outcomes in Empirical Studies Performed in Office Settings.

				Information Exchange				
Explanation giving	23	2	217; 9	Family med. outpt. clinic 9 MDs, 2PAs; AT	Compliance	+ [‡]	93% agreement	Behavior in concluding segment was followed by lower BP readings at patient's home
Biomedical question asking (open- and closed-ended)	24	2	550; 98	11 primary care offices 89 internal med. MDs, 9 family med. MDs; AT	Satisfaction	- [‡]	Kappa = .76	Inverse relationship between question asking about biomedical topics compared to psychosocial topics
Psychosocial (talk, questioning, counseling)	25 24	2 2	537; 98 550; 98	11 primary care offices 89 internal med. MDs 9 family med. MDs; AT	Satisfaction	+ [‡]	Kappa = .76	Despite its effect on patient satisfaction a psychosocial talk pattern was found in <25% of MDs
Interruptions	26	2	23; 23	PC outpatient clinic 23 PC MDs and Rs; VT	Satisfaction	- [‡]	Kappa = .71	Interruptions and satisfaction correlations showed no association with sex of physician
Time spent on history taking	27	2	100; 54	PC outpatient clinic 54 PC Rs; VT	Satisfaction	+ [‡]	72% agreement	Inverse relation of percent of time spent on health education and history taking
Time spent on health education	27	2	100; 54	PC outpatient clinic 54 PC Rs; VT	Satisfaction	+ [‡]	72% agreement	
No feedback while taking history	22	0	154; 154	PC outpatient clinic 154 PC MDs; AT	Compliance	- [‡]	NA	One-way information flow without feedback produces less patient-MD-reported compliance

Beck et al, J Am Board Fam Pract 2002

Physician Verbal Behaviors Associated with Clinical and Behavioral Patient Outcomes in Empirical Studies Performed in Office Settings.

Behavior of Physician	Ref	LOR	Sample Size (Patients; Providers)	Setting; Observation	Patient Outcomes Measure	Association	Reliability	Other
				Medical Decision Making				
Sharing medical data	28	2	29; 19	Urban diabetes clinic; 19 stud, PC Rs, NPs; VT	Comprehension	+‡	93% agreement	Diabetic patients comprehended the necessity of self-care better if they were informed about their past Hb1a readings
Directive	21	2	115; 7	Pediatric outpatient department 7 MDs; AT	Satisfaction	-‡	Kappa = .76	Less directiveness was perceived as more interpersonally sensitive by patient. Higher occurrences were especially unsatisfactory perceived if used in concluding segment
	29	0	101; ?	PC outpatient clinic PC MDs; AT	Problem understanding	-†	NA	
Discussion of treatment effects	27	2	100; 54	PC outpatient clinic 54 PC Rs; VT	Satisfaction	+†	72% agreement	Task oriented behaviors (physical examination, treatment effects) positively correlated
Attentiveness (in concluding part)	30	2	52; 19	PC outpatient clinic 19 PC MDs, Rs; AT	Satisfaction	-‡	96% agreement	High level of behavior in history-taking phase has highly satisfied patients
Acquiescence (in concluding part)	30	2	52; 19	PC outpatient clinic 19 PC MDs, Rs; AT	Satisfaction	+‡	96% agreement	Physicians who let go of formal control at the end were especially high rated

Ref—reference, LOR—level of rigor, R—resident, NP—nurse practitioner, VT—videotape, FP—family physician, AT—audiotape, PC—primary care, MD—board-certified physician, NA—not available, BP—blood pressure, PA—physician's assistant, HB1c—hemoglobin 1c. **P* .05; †*P* .01; ‡*P* .005.

Beck et al, J Am Board Fam Pract 2002

Physician Verbal Behaviors Associated with Clinical and Behavioral Patient Outcomes in Empirical Studies Performed in Office Settings.

Behavior of Physician	Ref	LOR	Sample Size (Patients; Providers)	Setting; Observation	Patient Outcomes Measure	Association	Reliability	Other
Global Assessment Variables				Interpersonal Relationship Building				
Friendliness	24	2	550; 98	11 primary care offices 89 internal med. MDs, 9 family med. MDs; AT	Satisfaction	+‡	Kappa = .76	Emotional tone rated on audiotapes. Inversely related to dominance of MD
Angry or irritated	31	1	50; 2	PC outpatient clinic 2 PC MDs; AT	Compliance	-‡	Alpha: 0.60	Less expression of nervousness and anger of the MD was followed by greater compliance of patient. Authors conclude that MDs might have difficulty distinguishing between angriness and nervousness of patient
Anxious or nervous	31	1	50; 2	PC outpatient clinic 2 PC MDs; AT	Compliance	-‡	Alpha: 0.60	
	29	0	101; ?	PC outpatient clinic PC MDs; AT	Compliance	-‡	NA	
Empathy	32	2	150; 15	PC outpatient clinic 15 PC Rs; direct observation	Satisfaction	+‡	94% proximal agreement	Physical appearance of MD did not correlate with patient outcome in same study
Courtesy	32	2	150; 15	PC outpatient clinic 15 PC Rs; direct observation	Satisfaction	+‡	94% proximal agreement	

Ref—reference, LOR—level of rigor, R—resident, NP—nurse practitioner, VT—videotape, FP—family physician, AT—audiotape, PC—primary care, MD—board-certified physician, NA—not available, BP—blood pressure, PA—physician's assistant, HB1c—hemoglobin 1c. **P* .05; †*P* .01; ‡*P* .005.

Beck et al, J Am Board Fam Pract 2002



Aspetti fondamentali della comunicazione verbale

- La letteratura sulla comunicazione sanitaria è molto vasta e spazia dall'ambito della psicologia alla letteratura medico-scientifica, ai documenti emanati dalle agenzie regionali per i servizi sanitari (ARESS) per normare l'informazione al paziente



Aspetti fondamentali della comunicazione verbale

- La comunicazione in ambito sanitario è efficace se si fonda su presupposti di cooperazione e pariteticità
- Il medico deve essere motivato a cooperare con il suo interlocutore per raggiungere una reciproca comprensione
- La comunicazione in ambito sanitario è lontana da tecniche di vendita o strategie di persuasione



Aspetti fondamentali della comunicazione verbale: i 4 assunti della comunicazione cooperativa

- **Qualità:** trasmettere informazioni fondate; non presentare come certezze dati che non sono tali
- **Quantità:** fornire informazioni sufficienti, ma non inondare l'altro di informazioni non richieste
- **Attinenza:** evitare inutili divagazioni
- **Coerenza:** fare attenzione a non dare informazioni contraddittorie o ambigue



Aspetti fondamentali della comunicazione verbale

La correttezza dell'informazione

L'informazione viene definita corretta se è:

- *Fondata*=basata su evidenze clinico-scientifiche adeguate (studi clinici e rassegne della letteratura scientifica pubblicati su riviste qualificate)
- *Esauriente*=contenente tutte le informazioni relative alla prestazione in corso e rispondente a tutti i quesiti posti dall'interessato
- *Non imposta*=l'utente ha il diritto di riservare ad altri la ricezione delle informazioni quando decida di non voler essere informato



Aspetti fondamentali della comunicazione verbale

La correttezza dell'informazione

L'informazione viene definita corretta se è:

- *Personalizzata*=adeguata alle condizioni di salute, psicologiche, culturali e linguistiche del paziente e alla tipologia della prestazione
- *Comprensibile*=espressa con termini semplici e chiari, evitando il più possibile termini tecnici, anzi avvalendosi, se possibile, di materiali illustrativi
- *Veritiera*=l'informazione deve contenere informazioni rispondenti alla realtà clinica del caso, senza mai essere brutale, anzi cercando di enfatizzare ragionevoli speranze



Aspetti verbali della comunicazione positivamente associati con gli esiti clinici

- Espressione di comprensione rispetto alla problematica allegata dal paziente (empatia)
- Rassicurazione e supporto; incoraggiamenti al paziente affinché ponga delle domande
- Rinforzi positivi ed espressione di sentimenti positivi nei confronti dell'agire del paziente
- Prendere in considerazione aspetti della vita quotidiana del paziente
- Fare in modo che il punto di vista del paziente guidi la conversazione nella parte conclusiva della visita
- Dare spazio alle spiegazioni che si avvalgono di dati obiettivi nella parte conclusiva della visita


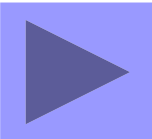
Hall et al, J Health Soc Behav 1981; Carter et al, Med Care 1982; Wasserman et al, Pediatrics 1984; Hall et al, Med Care 1994; Roter et al, JAMA 1997



Aspetti verbali della comunicazione positivamente associati con gli esiti clinici

- Maggiore spazio all'educazione sanitaria
- Condivisione delle informazioni mediche
- Discussione sugli effetti dei trattamenti
- Cortesia
- Disponibilità all'ascolto
- Capacità di personalizzare la comunicazione
- Capacità di riassumere le affermazioni del paziente
- Maggiore durata della visita
- Maggiore durata dell'anamnesi

Aspetti verbali della comunicazione negativamente associati con gli esiti clinici

- Interazione sociale ed emotiva negativa
- Dialogo formale antagonista o passivo
- Elevata percentuale di domande a carattere biomedico
- Frequenti interruzioni da parte del medico dell'eloquio del paziente 
- Tono direttivo
- Irritazione, nervosismo, ansia e tensione 

Hall et al, J Health Soc Behav 1981; Carter et al, Med Care 1982; Hall et al, Med Care 1994; Roter et al, JAMA 1997;



Aspetti verbali della comunicazione negativamente associati con gli esiti clinici

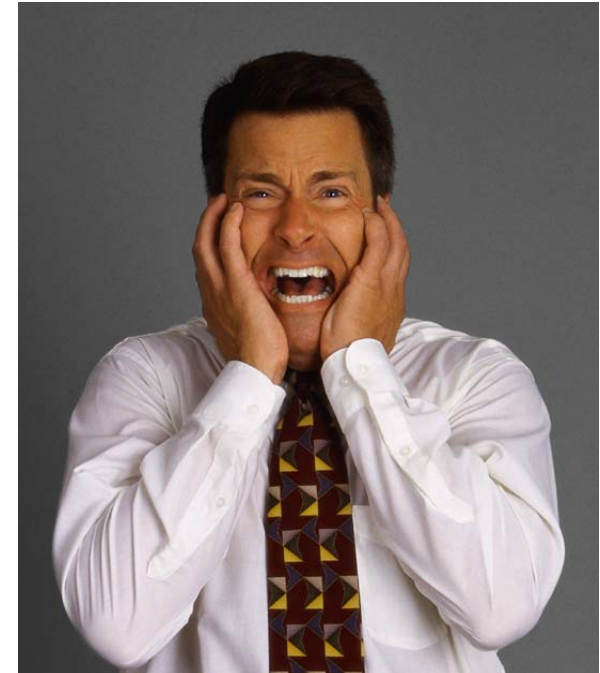
- Da uno studio condotto sui medici di famiglia si evince che in media il paziente viene interrotto dopo 18 secondi da quando ha cominciato a parlare; da dati raccolti in un dipartimento di medicina interna risulta che il tempo medio lasciato al paziente per parlare non è superiore ai 22 secondi



Beckman et al, Archives Internal Medicine 1994; Langewitz et al, British Medical Journal 2002

Aspetti non verbali della comunicazione

- Rispetto al comportamento verbale, il comportamento non verbale è stato di gran lunga meno studiato, nonostante la sua grande importanza per la qualità della relazione terapeutica, l'aderenza al trattamento, la soddisfazione rispetto al trattamento, e gli esiti clinici della cura
- Sia le emozioni del paziente che quelle del medico possono giocare un ruolo importante nella comunicazione, ma ci sono pochi studi e poca formazione su questo argomento



Roter et al, J GEN INTERN MED 2006

Aspetti non verbali della comunicazione

- Il comportamento non verbale comprende una serie di comportamenti legati alla comunicazione che non hanno un contenuto verbale, ma che comunque forniscono informazioni
 - Espressioni facciali
 - Sorriso
 - Contatto oculare
 - Abbigliamento
 - Cenni del capo
 - Gestualità
 - Posizione del corpo
 - Intonazione e volume della voce, pause, velocità dell'eloquio



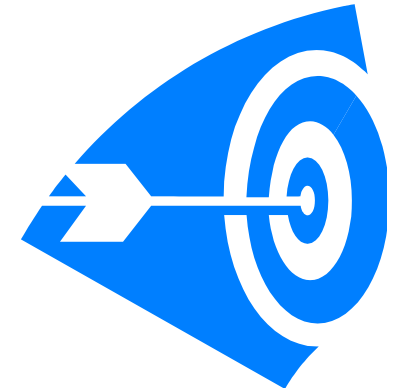
Aspetti non verbali della comunicazione



- Spesso i medici non colgono i segni del disagio emotivo dei loro pazienti
 - Scarso contatto oculare
 - Evitamento
 - Difficoltà nell'interpretare i segnali verbali e non verbali del disagio emotivo

Roter et al, J GEN INTERN MED 2006

Aspetti non verbali della comunicazione positivamente associati con gli esiti clinici



- Cenni di assenso con il capo durante il colloquio
- Corpo inclinato in avanti
- Braccia e gambe non incrociate
- Maggiore accuratezza nel decodificare il tono della voce e la gestualità



Aspetti non verbali della comunicazione negativamente associati con gli esiti clinici

- Orientamento del corpo da 45 a 90 gradi rispetto al paziente
- Inclinazione del corpo all'indietro
- Braccia incrociate

Larsen & Smith, J Fam Pract 1981; Harrigan et al, J Nonverbal Behav 1985

Aspetti non verbali della comunicazione



- Spesso i medici non colgono i segni del disagio emotivo dei loro pazienti
 - Scarso contatto oculare
 - Evitamento
 - Difficoltà nell'interpretare i segnali verbali e non verbali del disagio emotivo

Roter et al, J GEN INTERN MED 2006

Imparare a comunicare

- Consapevolezza, sensibilità, buona educazione sono condizioni necessarie ma non sufficienti
- Tecniche e strategie della comunicazione possono essere apprese attraverso l'osservazione, le simulazioni di incontri medico-paziente e la discussione di casi clinici
- Esistono testi che propongono programmi tendenti a migliorare le capacità di comunicazione



Buckman: La comunicazione della diagnosi – Cortina 2003

Baile et al: A six step protocol for delivering bad news. The Oncologist 2000, 5, 4: 302



Saper riconoscere e gestire le emozioni del paziente

- La relazione tra medico e paziente è connotata non solo da gesti e informazioni di tipo tecnico, ma anche da parole, emozioni e attenzione ai vissuti
- Un rapporto realmente terapeutico non può prescindere dalla decodifica, comprensione e accoglienza delle reazioni emotive del paziente che soffre per una malattia cronica o che è sconvolto da una diagnosi infausta
- Saper riconoscere l'ansia, la paura, la rabbia, la disperazione, la fiducia o la speranza, saperne parlare e aiutare l'altro ad elaborare queste emozioni è importante per costruire la relazione terapeutica e favorire l'adesione alle terapie