

# ASPETTI PSICOLOGICI NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Luigina Malerba<sup>1</sup>

## INTRODUZIONE

Il tema centrale di questo lavoro è la **comunicazione medico-paziente nella struttura ospedaliera**. L'attenzione è rivolta ai problemi della comunicazione che sono presenti fra medico e paziente, più che alle dinamiche psicologiche insite nel rapporto fra un terapeuta ed un paziente. Su questo tema, infatti, vi è una letteratura molto estesa, a differenza dello specifico ambito comunicativo. In questo senso, l'analisi del vissuto e delle fantasie presenti nella relazione sono gli obiettivi prevalenti di indagine; invece tutto quanto attiene alle

---

<sup>1</sup> Psicologa – Specialista in Psicoterapia

modalità di trasmissione di un messaggio, al contenuto del messaggio stesso ed alle caratteristiche del ricevente, è molto meno presente all'attenzione sia degli studiosi di matrice medica, che di quelli di formazione psicologica e sociale.

Il presente lavoro entra nel merito degli “aspetti psicologici nella comunicazione medico-paziente” operando una prima distinzione fra gli elementi dinamici e quelli cognitivi presenti nella comunicazione. Per la prima area dinamica si evidenziano, in particolare, i presupposti psicologici dell'alleanza terapeutica, sia dal punto di vista del medico che del paziente. Inoltre si mostra come l'organizzazione ospedaliera non dedichi la dovuta attenzione ai bisogni psicologici ed emotivi del malato, determinando essa stessa ben note dipendenze e passività nella risposta del paziente all'esperienza di degenza, soprattutto quando di lunga durata. Il vissuto della malattia ed i meccanismi di difesa dall'angoscia sono lo spunto per una riflessione che coinvolge anche il medico e le sue motivazioni inconsce alla professione. Infine, gli elementi cognitivi vengono trattati ponendo in risalto gli ostacoli -sia di tipo strutturale sia legati a specifici atteggiamenti comunicativi- che impediscono una reale comprensione ed elaborazione del messaggio.

## INDICE

<b>INTRODUZIONE</b>	<b>1-2</b>
---------------------	------------

### **CAPITOLO I - ASPETTI DINAMICI NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE**

1. Premessa	4
1.1. I presupposti psicologici dell'alleanza terapeutica	5
1.2. L'organizzazione ospedaliera ed i bisogni psicologici del malato	11
1.3. Il vissuto della malattia ed i meccanismi di difesa	19
1.4. Le motivazioni inconse nel rapporto medico-paziente	33

### **CAPITOLO II - ELEMENTI COGNITIVI NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE**

2. Premessa	45
2.1. Aspetti specifici della comunicazione	46
2.2. Elementi strutturali della comunicazione	48
2.3. Elementi materiali e fisici di ostacolo alla comunicazione	51
2.4. Atteggiamenti psicologici di ostacolo alla comunicazione	54
2.5. Elementi di facilitazione della comunicazione	62

### **BIBLIOGRAFIA**

## CAPITOLO I

### *ASPETTI PSICOLOGICI NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE*

#### **1. Premessa**

La relazione medico-paziente, come già menzionato, è una relazione asimmetrica, nel senso che non vi è una condizione di parità tra i due poli del rapporto; infatti mentre il paziente si presenta come un soggetto che soffre, conosce poco o nulla della propria malattia e, per questo, richiede aiuto e, in forme più o meno esplicite, protezione (Iandolo, 1986, p.82), il medico riveste un ruolo socio-culturale, di “dominanza”, ruolo conferitogli dalle conoscenze scientifiche e dalla sua competenza clinica. Tuttavia, pur nella specifica asimmetria che caratterizza la relazione terapeutica, l’incontro medico-paziente si configura come una esperienza interpersonale che supera i limiti di un fatto meramente “tecnico”, in quanto essa implica una serie di elementi non solo razionali, bensì emotivi ed affettivi, che accomunano medico e paziente.

### 1.1. *I presupposti psicologici dell'alleanza terapeutica.*

Sia il medico che il paziente si incontrano con delle **aspettative reciproche**, per lo più inconsce, che sono il frutto di modelli culturali interiorizzati nel corso della vita e rafforzati, specie per il medico, dal ripetersi delle esperienze terapeutiche. In entrambi, inoltre, l'incontro e' in grado di riattivare vissuti precedenti, con tutta la potenzialità affettiva ed eventualmente conflittuale che vi è associata (Pinkus, 1989).

Il vissuto della malattia fisica ed il conseguente bisogno di "essere curato", evocano nel paziente **fantasie inconsce di tipo regressivo** che lo inducono, simbolicamente, a percepire la propria immagine secondo modalità infantili: ossia il paziente è portato inconsapevolmente a sentire se stesso come un "bambino" inetto (Carli, Paniccia, 1989, p. 153), bisognoso di cura e attenzione ed a percepire, invece, nel medico la figura di un "adulto" competente e protettivo, che è in grado di fornirgli aiuto e rassicurazione. Per questo gli elementi dinamici più significativi che caratterizzano la relazione medico-paziente sono il transfert ed il controtransfert.

Il transfert, nella accezione classica psicoanalitica, indica la "*ripetizione inconscia di modalità relazionali vissute nell'infanzia*"

(Pinkus, 1989, p. 101); tale processo e' determinato dalla proiezione, ossia dalla trasposizione, su figure significative, di rappresentazioni inconsce di origine infantile. Quando si parla di transfert ci si riferisce, in senso esteso, alla "*fantasia relazionale prevalente*" agita dal paziente nei confronti del medico (De Coro, 1988, p.154). Il transfert può avere una connotazione positiva (**transfert positivo**) quando il paziente vede nel medico l'immagine del medico "buono", e ciò ha una rilevanza molto positiva sia ai fini dell'assistenza che della terapia. Al contrario, un **transfert negativo** evoca la figura del medico "cattivo", che genera sentimenti di ostilità da parte del paziente, con conseguente inasprimento della relazione ed effetti negativi sulla qualità della degenza e sul processo terapeutico (Jeammet et al., 1987, p. 314-315). Inoltre, come rileva L.Pinkus, "*bisogna anche tener presente che la figura del medico ha in sè una bipolarità maschile e femminile, probabilmente legata ai codici paterno e materno, e che si esprime sia nelle modalità direttive dell'agire medico (prescrizioni, ecc.) che negli atteggiamenti protettivi dell'assistenza medica*" (Pinkus, 1989, p. 102).

Lo stato di malattia riattiva nel paziente quello che John Bowlby definisce il "**comportamento di attaccamento**", un

comportamento istintivo che si sviluppa nell'età infantile ed ha come movente e scopo la vicinanza alla figura materna o alle figure affettivamente significative per il bambino. Secondo l'Autore tale comportamento "*...continua ad essere presente anche in età adulta e viene suscitato ogniqualvolta una persona (bambino o adulto) è malata o in difficoltà, ed è suscitato in modo particolarmente intenso quando la persona è spaventata o quando la figura di attaccamento non è presente*" (J. Bowlby, 1982, p. 91). Bowlby considera il comportamento di attaccamento come "*parte normale e 'sana' del corredo istintivo dell'uomo; per questo è decisamente fuorviante definirlo 'regressivo' o infantile se si verifica nel ragazzo più grande o nell'adulto*" (Ibidem, p. 91). L'interiorizzazione di una "buona" figura di attaccamento nell'infanzia, ossia di una figura che rappresenta per l'individuo una fonte di sostegno, fiducia, comprensione e amore, e' - secondo l'Autore- fondamentale, perche' in grado di consolidare nel soggetto una "base sicura" dal punto di vista psicologico, ossia un comportamento equilibrato, caratterizzato sia dall'indipendenza e dalla fiducia in se stesso che dalla possibilità di fare affidamento sugli altri. Per questo, la capacità o l'incapacità di *riconoscere*, nell'età adulta, una persona fidata e di stabilire con essa un rapporto reciprocamente

soddisfacente verrà influenzato, in maniera determinante, dai modelli rappresentativi delle prime figure di attaccamento, modelli che, come abbiamo detto, si strutturano soprattutto nell'infanzia e nell'adolescenza, ma *“tendono a persistere in modo relativamente immutato fino alla e durante l'età adulta. Di conseguenza l'individuo tenderà ad assimilare ogni nuova persona con cui possa costruire un legame ... ad un modello preesistente (di uno o dell'altro genitore o di sé)”* (Ibidem, p.149). Bowlby descrive inoltre gli “schemi di comportamento di attaccamento devianti”, che si sviluppano a seguito di perdite gravi vissute nell'infanzia (ad es. morte della madre o di altre figure significative per il bambino) oppure a seguito di “comportamenti parentali patogeni” quali, ad es.: discontinuità delle cure da parte dei genitori, persistente insensibilità da parte di uno o entrambi i genitori, reiterate minacce di non amare il bambino, usate come mezzo di controllo, ecc. (Ibidem, p. 144). Le patologie del comportamento di attaccamento, che si rendono evidenti soprattutto nell'età adulta, sono per Bowlby l'“attaccamento ansioso”, che si manifesta in una costante angoscia di perdere la figura di attaccamento, oppure la “compulsiva fiducia in se stessi” che, al contrario, è caratterizzata dall'inibizione del comportamento di

attaccamento e da una persistente esibizione di comportamenti tendenti all'autosufficienza ed al rifiuto di stretta relazione con gli altri; infine, il "compulsivo prendersi cura", in cui l'individuo è rigidamente legato al ruolo di elargire cura e attenzioni all'altro, non consentendogli tuttavia lo stesso atteggiamento nei suoi confronti; la persona che manifesta tale comportamento può impegnarsi in molte relazioni strette ma tutte caratterizzate dalla mancanza di reciprocità dei ruoli (Ibidem, p. 145-146).

L'aver trattato più diffusamente la teoria dell'attaccamento di Bowlby, risulta molto utile ai fini della presente trattazione. Le patologie del comportamento di attaccamento, infatti, possono influenzare negativamente la comunicazione emotiva tra il medico ed il paziente e possono minare, inconsapevolmente, l'alleanza terapeutica, indispensabile sia ai fini della lotta contro la malattia che al recupero dell'equilibrio psico-fisico del paziente. Secondo Taidelli (1995, p. 33) l'alleanza terapeutica "*definisce un rapporto tra medico e paziente strutturato consapevolmente, e non casualmente, finalizzato al raggiungimento di obiettivi terapeutici condivisi e gestiti, utilizzando anche gli aspetti individuali di entrambi*".

La presa di coscienza, da parte del medico, delle proprie aspettative inconsce nei riguardi del paziente è di importanza fondamentale; *“raramente il medico è consapevole o ammette con se stesso la diversità delle proprie reazioni psicodinamiche di fronte a pazienti diversi”* (L. Pinkus, 1989, p. 98) reazioni che ben si evidenziano nel processo definito *“controtransfert”*, che costituisce la risposta inconscia agli atteggiamenti transferali espressi dal paziente, e che spesso dà origine ad una categorizzazione dicotomica del malato; ossia il paziente viene identificato dal medico come paziente **“buono”** o come paziente **“cattivo”** (Jeammet et al., 1987, p. 315-316).

Quanto più un medico non conosce le proprie dinamiche personali e professionali tanto più è esposto al rischio di voler evitare il coinvolgimento con il malato. A volte sono gli *“atti mancati”* a rivelare una resistenza al coinvolgimento: ad es. può dimenticare un appuntamento col paziente, oppure ripetere richieste di esami di laboratorio appena fatti, o sbagliare nello scrivere ricette, ecc. (Pinkus, 1989, p.98). Ma l’atteggiamento difensivo più frequente è quello di **ignorare l’individualità** dei singoli pazienti e rivolgere la propria attenzione esclusivamente agli **aspetti “organici” della malattia**; tale atteggiamento consente al medico di entrare in rapporto non con il

“malato”, ma piuttosto con la “malattia” (Carli, Paniccia, 1989, p. 157). Questa componente difensiva ha una dimensione non solo personale, ma culturale ed istituzionale in quanto è strettamente legata alla “razionalità tecnocratica e riparativa” che caratterizza la cultura medica (Sneider 1979, p. 208-214) e, di conseguenza, l’intera struttura organizzativa sanitaria.

### ***1.2. L’organizzazione ospedaliera ed i bisogni psicologici del malato***

Prima di delineare i tratti più significativi della struttura ospedaliera, risulta importante soffermarsi, brevemente, sulle dinamiche istituzionali che caratterizzano questo tipo di organizzazione.

R.Carli e R.M. Paniccia individuano in ogni struttura sociale sia una *componente organizzativa*, definita, al suo interno, dalla differenziazione di ruoli e funzioni rispetto al perseguimento di un obiettivo condiviso, sia una *dinamica istituzionale*, che rappresenta il “versante inconscio dell’organizzazione”, ossia l’insieme delle simbolizzazioni affettive evocate dal contesto organizzativo nei differenti partecipanti all’interazione sociale (R. Carli, R.M. Paniccia, 1981). La dinamica istituzionale -caratterizzata da meccanismi di

difesa inconsci, quali ad es., la scissione, la proiezione, l'idealizzazione- interagisce con il processo organizzativo determinando, spesso, situazioni disfunzionali, che renderebbero necessario un cambiamento nell'assetto organizzativo, Tale cambiamento, tuttavia, si rivela problematico proprio a causa della dinamica istituzionale, che, configurandosi come "resistenza" inconscia, ostacola notevolmente il processo di ristrutturazione organizzativa (Ibidem).

Nella **struttura ospedaliera** la dimensione fantasmatica istituzionale con cui viene vissuto il rapporto tra medico e paziente è "*finalizzata a garantire quella stabilità affettiva della relazione che consenta l'efficacia della funzione organizzativa perseguita nel rapporto stesso, vale a dire la diagnosi, la prognosi e la terapia*" (Carli, Paniccia, 1989, p. 151). I processi difensivi che caratterizzano l'istituzione medica sono, soprattutto, la "scissione" e la "regressione". Il meccanismo di scissione permette al paziente di "*.... alienare da sè il 'male', quale estraneo che ha invaso il proprio territorio e di fronte al quale è legittimo ricorrere all'iniziativa di chi può combattere tale alterazione estranea*", ed al medico di "*giustificare la propria intrusività aggressiva perchè rivolta non al*

*‘soggetto’ malato bensì al ‘male’ cioè al nemico di cui quest’ultimo è portatore”* (Ibidem, p. 152). Il meccanismo di scissione dunque, consentendo al medico il completo controllo sulla parte “maligna” del paziente, esautorava il paziente stesso sia dal potere sul proprio corpo che dalle informazioni circa la malattia e le iniziative di cura. Questo accentua ancora di più la situazione di dipendenza, resa già evidente dalla “regressione”, con la quale, come già menzionato, il paziente si percepisce un “bambino” inetto e bisognoso di cure.

Gli autori osservano che nell’ospedale, a differenza di altre strutture sociali, la componente organizzativa è strettamente finalizzata al *“mantenimento della fantasmatica istituzionale che sostanzia i rapporti tra le differenti componenti della struttura stessa”*(Ibidem, p. 154). Per questo è molto difficile progettare, nelle organizzazioni sanitarie, un intervento psicosociale, che contribuirebbe a far emergere, ad *“analizzare”* la dinamica istituzionale. L’intervento dello psicologo clinico, quindi, potrebbe indirizzarsi non tanto alla modifica dell’organizzazione ospedaliera, quanto al sostegno psicologico del paziente, che avrebbe così l’opportunità di elaborare la propria sofferenza ed il personale vissuto della malattia, un vissuto negato dalla struttura dell’ospedale.

L'ospedale, con il suo organico di medici, operatori sanitari e personale amministrativo ha, nel corso dei decenni, ratificato una sua burocrazia, che indica, in maniera esplicita o implicita, le modalità comportamentali che l'organizzazione sanitaria si aspetta dal malato. Ciò che viene richiesto al malato, sostanzialmente, è un **adattamento più o meno passivo ai regolamenti ed alla programmazione** prevista dalla struttura ospedaliera, ed è proprio in rapporto alla capacità di adeguarvisi che il paziente viene valutato, in maniera positiva o meno, dal personale medico e paramedico. Così se il paziente si conforma agli orari, evita di chiedere molte spiegazioni e simili, viene ritenuto un "buon" malato; al contrario, le richieste di eccezioni rispetto all'andamento routinario del reparto o di informazioni supplementari (ad es. su determinati iter diagnostici), oppure atteggiamenti espliciti di protesta, vengono ritenuti segni identificativi di un "cattivo" malato (Pinkus, 1985, p 106-107). L'organizzazione assistenziale riconosce, dunque, al paziente il *diritto* ad essere aiutato, ma a patto che non ne metta in discussione le condizioni; questo vuol dire che egli dovrà affidarsi totalmente all'organizzazione, riconoscendone "a priori" la competenza tecnica e la capacità di gestione della salute (Pinkus, 1985, p. 55).

Il paziente si trova, quindi, “...a partecipare ad una vita comunitaria che prevede ruoli e percorsi standard non modificati sulle sue singole esigenze, per cui egli stesso può diventare un oggetto periferico rispetto alla vita organizzativa che gli si articola attorno” (Cesa Bianchi, Sala, 1989, p. 141).

Pinkus rileva che il vissuto più frequente che si riscontra nei malati, dopo un certo periodo di degenza in ospedale, è la **depersonalizzazione**: il paziente perde, più o meno temporaneamente, la propria identità per assumere una “pseudo” identità, ossia quella del “buon ricoverato”. Gli elementi principali che contribuiscono ad instaurare questo vissuto sono soprattutto:

- la burocrazia dell’assistenza, che tende ad escludere ogni bisogno di tipo soggettivo, ritenendo valide solo le richieste che rientrano in una delle procedure standardizzate previste dall’organizzazione;
- l’attenzione del personale sanitario centrata esclusivamente sugli aspetti fisici della malattia, per cui il malato ha l’impressione di essere non più una persona, ma soltanto un “corpo” da ispezionare;

- la scarsità ed insufficiente chiarezza delle informazioni sul suo stato di salute e sulle varie procedure diagnostico-terapeutiche messe in atto dall'organizzazione ai fini della guarigione .

Questi fattori, uniti alla situazione di estraneità in cui si trova il paziente, al cambiamento delle sue abitudini di vita ed alla convivenza in un certo senso *forzata* con gli altri ammalati, contribuiscono in maniera notevole a determinare nel malato un profondo vissuto di depersonalizzazione (Pinkus, 1985, p. 106-108).

L'Autore sottolinea, inoltre, che le esigenze del malato non possono essere limitate esclusivamente alla richiesta di "cura" della malattia organica, ma si estendono, più specificamente, anche alla dimensione psicologica, implicata in egual misura nell'esperienza di ospedalizzazione. Per questa ragione un intervento che voglia essere realmente terapeutico dovrebbe rispondere in maniera adeguata anche ai **bisogni psicologici inconsci** del paziente, bisogni che vengono frequentemente ignorati sia dall'équipe medica che dal personale di assistenza:

- il bisogno di sicurezza corrisponde, in ambito ospedaliero, alla necessità di vivere una situazione di ragionevole "certezza". Ad esempio, l'alternanza di medici od operatori sanitari diversi, oppure

il frequente spostamento della data di un esame diagnostico o di un intervento chirurgico, contribuiscono a generare nel paziente un vissuto di incertezza e di smarrimento;

- il **bisogno di comprendere** si riferisce all'esigenza di essere adeguatamente informato sulle scelte diagnostiche e sull'andamento terapeutico della propria malattia, attraverso un linguaggio chiaro e comprensibile da parte del medico, ossia un linguaggio adeguato al livello culturale del paziente. A tale proposito, una ricerca condotta su pazienti oncologici per verificare l'influenza del livello culturale nel rapporto medico-paziente, ha messo in evidenza come i pazienti che posseggono un livello di istruzione superiore rispetto ad altri con basso grado di scolarità hanno un rapporto migliore con il medico, al quale possono richiedere informazioni maggiori e più dettagliate riguardo la loro malattia (Derman e Serbest, 1993);
- il **bisogno di autonomia** esprime l'importanza di poter conservare un certo grado di libertà e di indipendenza di giudizio nel rapporto con il medico ed con il personale di assistenza e, soprattutto, l'opportunità di avere un ruolo reale nelle scelte terapeutiche che lo riguardano, ossia avere la possibilità di partecipare alle decisioni sulla propria salute;

- il **bisogno di attenzione** denota la necessità del malato di instaurare con il medico e gli operatori sanitari un rapporto possibilmente autentico, ossia un rapporto che egli possa sentire motivato da un sincero interesse per la sua *persona*, non declinato, quindi, sulla freddezza e su una burocratica impersonalità (Ibidem, p. 110-113).

Anche da parte di Iandolo viene sottolineata l'importanza di comprendere e rispettare i bisogni che il paziente, seppur inconsapevolmente, esprime. Oltre al **bisogno di sicurezza** - connesso, a parere dell'Autore, soprattutto alla perdita del ruolo sociale conseguente alla ospedalizzazione - egli ritiene fondamentali:

- il **bisogno di affiliazione**, che esprime la necessità di sentirsi appartenenti ad un gruppo emotivamente significativo ed in grado di soddisfare esigenze di carattere affettivo, esigenze avvertite, nell'ambito ospedaliero, con maggiore intensità a seguito dell'allontanamento del paziente dalla propria famiglia;
- il **bisogno di stima e di considerazione sociale**, un bisogno che viene ignorato ogniqualvolta il medico oppure il personale sanitario, in modo più o meno intenzionale, mostra di non rispettare il malato come persona (Iandolo, 1986, p. 14-17).

La mancata soddisfazione di questi bisogni fondamentali - a parere di Iandolo - porta spesso i pazienti ad esperire forti **emozioni negative**, quali la tristezza, la paura, l'ansia o la collera, che hanno un peso determinante sia nel rapporto medico-paziente che sul decorso terapeutico della malattia (Ibidem, p. 19-23).

Pinkus ha approfondito gli aspetti relativi al **vissuto della malattia** da parte del paziente, individuando, fondamentalmente, tre fattori che ne influenzano il vissuto a livello soggettivo: la gravità dell'affezione patologica, l'equilibrio psicologico individuale ed i fattori ambientali, quali, ad es. la capacità della famiglia e dell'organizzazione sanitaria di rispondere in modo adeguato alle esigenze del malato (Pinkus, 1985, p. 35).

### ***1.3. Il vissuto della malattia ed i meccanismi di difesa del paziente***

Dal punto di vista psicomodinamico, lo stato di malattia viene vissuto *“come minaccia, cioè come aggressione, spesso percepita come proveniente dal proprio interno e che potenzialmente lede la rappresentazione mentale che l'individuo ha di se stesso”* (L. Pinkus, 1985, p. 35). A parere dell'Autore i **meccanismi di difesa inconsci**,

messi in atto dal paziente per contenere l'ansia legata alla minaccia dell'identità personale, sono in particolare:

- la regressione, un meccanismo di cui abbiamo già parlato in precedenza, connesso alla perdita dell'autonomia personale ed alla dipendenza dagli altri. L'esagerata accentuazione dei propri disturbi costituisce, ad esempio, uno degli atteggiamenti "regressivi" più frequenti nel malato ospedalizzato.
- la formazione reattiva, un meccanismo di difesa meno frequente rispetto al precedente e che si evidenzia, generalmente, in patologie che si protraggono nel tempo. Il vissuto della malattia, da parte del paziente, presenta caratteristiche di tipo "**persecutorio**": egli si sente minacciato da forze esterne e tende a difendersi con un comportamento aggressivo (il paziente, ad esempio, accusa gli operatori sanitari oppure gli stessi familiari di una mancanza di attenzione nei suoi riguardi, ritenendoli direttamente responsabili del peggioramento delle sue condizioni di salute o di eventuali ricadute). L'aggressività che viene esibita dal paziente all'esterno è, a parere di Pinkus, una reazione inconscia alla "*... 'ferita narcisistica' inflitta alla rappresentazione mentale di se stesso*" (Ibidem,p.37) dall'esperienza della malattia fisica. A seguito di

questa esperienza, il paziente *“diviene a sua volta, in senso simbolico, un aggressore, ossia uno che tenta egli pure di ferire”* (Ibidem). Non e' infrequente, infatti, che tale difesa inconscia renda più pressante, nel paziente, il bisogno di sottolineare con arroganza ed in modo minaccioso, presunte inadempienze o carenze di professionalità da parte dell'équipe medica o del personale di assistenza.

- la **negazione** della malattia è un meccanismo di difesa riscontrabile soprattutto in pazienti affetti da patologie gravi (malattie invalidanti o croniche) oppure *“in persone particolarmente legate ad una immagine efficiente di sè ed impreparate ad una frustrazione derivante dalla modifica di questa immagine, in seguito alla malattia”* (Ibidem, p. 37). La negazione può essere parziale o totale. Nel primo caso il paziente nega solo in parte la realtà della sua malattia: ad es. può modificare arbitrariamente le prescrizioni terapeutiche effettuate dal medico; nel secondo caso, invece, viene negata l'intera realtà della malattia: ad es. il paziente rifiuta di controllarsi regolarmente oppure rifiuta di modificare abitudini di vita che possono aggravare la patologia già esistente (come nel caso, ad es., di cardiopatie, malattie epilettiche, ecc.). A questo proposito

va rilevato che le **malattie croniche o invalidanti** *“si impongono con irruenza ed intensità tali da modificare profondamente il rapporto con se stessi e con gli altri in modo duraturo”* (Ibidem, p. 43). La presa di coscienza e l'accettazione di una patologia che durerà tutta la vita richiedono al paziente una non facile “ristrutturazione” della propria identità psico-fisica. La sensazione di *“minaccia che incombe sulla propria esistenza comporta un vissuto di disgregazione legato al danno fisico, ma che viene poi esperito fantasmaticamente, almeno nella prima fase, quasi sia un fenomeno ... non circoscritto ... alle funzioni o alla zona danneggiata, ma esteso senza confini all'intera esistenza in tutti i suoi aspetti”* (Ibidem, p.43). E' comprensibile, quindi, che il meccanismo di difesa più frequente in questo tipo di malattie sia, soprattutto nella fase iniziale, il meccanismo inconscio della negazione.

L'esperienza della malattia fisica, come abbiamo visto, coinvolge l'intera personalità del paziente e ne mette a dura prova l'equilibrio psicologico. Tuttavia le patologie che, più di altre, evocano un'angoscia esistenziale a livello collettivo sono le **patologie tumorali**. Nonostante molte forme siano benigne ed i casi di

guarigione siano statisticamente frequenti “il cancro sembra essere il male per antonomasia” (Ibidem, p. 47). Di fronte ad una diagnosi di cancro la maggioranza delle persone reagisce con un immediato senso di smarrimento e di sgomento, cui può seguire, secondo la struttura psichica del malato, una reazione di sconforto oppure di aggressività, sia generica (rivolta al destino o alla divinità) sia verso l’ambiente. Spesso il paziente attribuisce a sè stesso la colpa della sua malattia (ad es. per non aver effettuato con sistematicità controlli ematologici oppure per non aver dato importanza a disturbi transitori). I ***meccanismi difensivi*** messi in atto, soprattutto nella prima fase, per arginare l’angoscia suscitata da questo tipo di patologia sono, frequentemente: la rimozione (il paziente dimostra, a livello apparente, uno stato di relativa tranquillità rispetto al problema), l’attribuzione del male a cause esterne (per es., a possibili sostanze tossiche contenute nei cibi, alle medicine assunte in passato, a situazioni stressanti causate dal lavoro o da familiari, ecc.) ed infine, la negazione della realtà (ad es., il ritenere che gli esami diagnostici siano sbagliati). In una fase successiva, i comportamenti del paziente sono generalmente caratterizzati dall’ansia, da una preoccupazione intensa, con richieste

insistenti di cure e assistenza. Solo successivamente si riesce a trovare un certo adattamento all'idea stessa di questa malattia.

Naturalmente, le reazioni individuali ad una diagnosi di tumore sono molto più diversificate (soprattutto nella successione delle varie fasi) rispetto a quelle citate schematicamente in questa sede, ma ciò che è importante sottolineare sono gli effetti psicodinamici che una patologia grave, quale quella tumorale, provoca nel paziente, il quale *“subisce una specie di **disintegrazione del suo modo di adattamento psicologico** e di porsi in relazione con sè e con l'ambiente”* (Ibidem, p. 48).

Il medico può quindi svolgere un ruolo centrale nello stabilire con il malato un rapporto *“che stimoli l'**empatia**, cioè la sensazione di essere compreso nelle proprie esigenze”* (Ibidem, p. 49). Kanizsa definisce l'empatia come *“il riuscire a percepire in modo corretto gli schemi di riferimento dell'altro con le sue armoniche soggettive e i suoi valori personali che si uniscono. Percepire in modo empatico vuol dire percepire il mondo soggettivo altrui come se si fosse l'altra persona, senza tuttavia mai perdere di vista che si tratta di una situazione analoga, “come se”* (Kanizsa, S., 1989, p. 99, 19-24).

L'empatia è, quindi, uno strumento terapeutico indispensabile per riuscire a stabilire con i pazienti un'alleanza terapeutica nella lotta contro la malattia, in modo che questi non si sentano preda passiva di un male che li corrode dall'interno. L'intervento chirurgico, la chemioterapia, la radioterapia sono procedure terapeutiche molto stressanti sia dal punto di vista fisico che psicologico. Esse "coinvolgono ripetutamente e massicciamente l'Io-corporeo obbligando il malato a ristrutturazioni della propria identità psico-fisica troppo profonde e frequenti nell'arco di tempo" (Pinkus, 1985, p. 49).

Il duro impegno cui è sottoposto, può portare il paziente a vivere gravi forme di depressione, ansia e stati confusionali, che provocano una grande sofferenza e sentimenti di inadeguatezza anche nei membri del gruppo familiare, coinvolti in maniera diretta sia nell'esperienza della malattia che nel disagio psicologico del paziente. In questi casi è indispensabile che si stabilisca una buona relazione tra medico e paziente: in una ricerca condotta in un reparto oncologico è stato somministrato, a un gruppo di pazienti con differenti diagnosi di cancro, un test per misurare il livello dell'ansia e dell'angoscia (Scala di Spielberg) sia prima dell'incontro con i medici (che avevano il

compito di fornire ai malati informazioni sulla loro malattia e sul trattamento terapeutico) sia dopo l'incontro. I risultati hanno evidenziato che dopo l'incontro con i medici non solo il livello dell'ansia non era diminuito in maniera significativa, ma soprattutto alcuni pazienti (1 su 4) mostravano sentimenti negativi come rabbia ed aggressività (Chaitchik et al., 1992).

Per questo, nel caso di patologie gravi, quali quelle tumorali, i gruppi di self-help e le psicoterapie di sostegno si sono rivelati particolarmente efficaci per trattare i problemi emotivi dei malati e dei loro familiari, come pure per favorire la riabilitazione o almeno una modalità di vita più serena.

Non si può fare a meno di accennare, infine, ai vissuti psicomodinamici dei pazienti con prognosi infausta, giunti allo **stadio terminale della malattia**, ossia ai pazienti morenti. La struttura ospedaliera e spesso anche la famiglia, non sono preparati ad affrontare il problema di chi muore. Le moderne società occidentali, caratterizzate dall'industrializzazione e dal produttivismo tendono a rimuovere a livello collettivo l'idea della morte, che rappresenta una *"...conferma violenta del limite delle potenzialità tecnologiche..."* (Pinkus, 1985, p. 99). Ragioni culturali, oltre che personali, rendono

quindi molto difficile il rapporto interpersonale, ed in particolare l'assistenza, nei confronti di chi è prossimo alla morte. A tale proposito, Spinsanti osserva che nelle malattie a prognosi infausta vengono, routinariamente, attivate dai medici pratiche di intervento basate prevalentemente sulla terapia intensiva e sull'accanimento terapeutico: *“di conseguenza l'organizzazione medica della morte acquista un carattere sempre più disumano perchè si allontana dai bisogni emotivi, psicologici e spirituali del morente”* (S.Spinsanti, 1988, p. 131).

Nei pazienti “terminali” sono presenti, in maniera molto intensa, angosce di tipo schizoparanoide e angosce depressive (Berger, 1980, p. 142-144) la cui manifestazione è influenzata non solo dallo stadio terminale della malattia ma anche dalla specifica organizzazione psichica del soggetto. Per quanto riguarda le prime, si osservano frequentemente:

- le **angosce di frammentazione**, che possono essere ben evidenziate attraverso il mezzo espressivo del disegno. Berger riporta un'esperienza tratta da un lavoro di Lieberman: facendo disegnare ad alcuni morenti un uomo ogni settimana il disegno diventava sempre più disorganizzato e caotico, fenomeno diverso da quello che avveniva

nei soggetti gravemente malati che successivamente guarivano (Berger, 1980, p. 143);

- le **angosce paranoidi**, si manifestano nell'esperienza clinica, attraverso i deliri di persecuzione, caratterizzati dal meccanismo di scissione che consente la proiezione del persecutore interno, il cancro, all'esterno (ad es., come abbiamo visto in precedenza, sul personale di assistenza, sui familiari, su vicini, ecc.). Il delirio e la proiezione dell'origine del dolore su persecutori esterni proteggono il malato da una realtà penosa: cioè quella di avere un oggetto cattivo, mortifero dentro di sé (Ibidem). *“Nel nostro inconscio -rileva Berger- non muoriamo per cause naturali, ma siamo uccisi”* (Ibidem, p. 143). E' importante, a questo proposito, osservare che gli episodi deliranti compaiono soprattutto quando è impossibile parlare della morte, sia a causa dell'angoscia del malato nel momento in cui si cerca di farlo, sia quando vi è una grossa difficoltà da parte dei curanti: *“solo quando la morte non entra nel circuito della comunicazione e viene ovunque rimossa, essa riappare sotto tale forma”* (Ibidem, p. 144). Questo costituisce una ulteriore conferma dell'importanza, più volte sottolineata in questo lavoro, degli aspetti qualitativi della

comunicazione tra il paziente ed il personale di assistenza al fine di elaborare ed affrontare in modo sereno anche l'esperienza della morte.

- le **difese maniacali**, intese, “... *in modo molto semplificato, l'insieme di attività fisiche o psichiche incessanti, che hanno lo scopo di evitare la comparsa dei sentimenti depressivi*”(Ibidem, p. 144). Per difendersi dall'angoscia e dalla depressione i malati terminali possono trascorrere tutta la giornata a guardare la televisione o ad ascoltare la radio oppure a telefonare ad amici o a familiari. Il malato terminale vive frequente-mente, infatti, intense angosce di tipo depressivo, suscitate dalla paura della solitudine e dell'abbandono. Effettivamente nella struttura ospedaliera il morente viene, di solito, *distanziato* sia dal punto di vista spaziale (lo si mette in una camera singola la cui porta rimane spesso chiusa), sia dal punto di vista relazionale, in quanto la presenza di un malato terminale riattiva nell'équipe medica e nel personale di assistenza, angosce di morte e sentimenti di impotenza e di colpa per un'attività “riparatrice” quale quella del “curare” ormai fallita; il “distanziamento” rappresenta, per coloro che assistono un malato terminale, un meccanismo di difesa inconscio che ha lo scopo di allontanare l'angoscia e la sofferenza evocata dal morente (Ibidem, pp. 150-152).

L'aver analizzato in maniera più approfondita i bisogni psicologici del paziente e le caratteristiche psicodinamiche del vissuto della malattia, consente di evidenziare, in maniera inequivocabile, il ruolo fondamentale che la **conoscenza di tali processi** da parte dell'équipe medica può svolgere, non solo ai fini di una buona comunicazione tra medico e paziente ma soprattutto perchè **produce effetti rilevanti sul piano terapeutico**: la modalità con cui un paziente reagisce psicologicamente a determinate situazioni, quali ad esempio, un'indagine diagnostica o un trattamento chirurgico, ha un peso notevole sull'andamento della sua malattia (Pinkus, 1985, p. 15). Per questo è importante che non solo il medico, ma anche gli altri operatori sanitari acquisiscano la consapevolezza che il loro modo di interagire con i malati ha un reale valore terapeutico, ossia è parte integrante della cura.

Il sapere medico, operando una **scissione** tra “*psiche*” e “*soma*”, ha sempre ritenuto secondaria la dimensione psichica, non considerando che “*ogni esperienza non è mai del tutto somatica o del tutto psichica ma, pur manifestandosi prevalentemente livello somatico, comporta dei correlati a livello psichico e viceversa*” (Pinkus, 1989, p. 16).

Sulla stessa linea, Spinsanti rileva *“l’evento morboso non si consuma mai a livello del corpo: oltre a provocare un dissesto somatico, turba l’equilibrio emotivo e spirituale della persona e sconvolge i suoi rapporti sociali”* (Spinsanti, 1988 b, p. 22).

La maggior parte delle malattie sono, infatti, dovute all’intersecarsi di numerosi fattori, che hanno peso diverso, ma nei quali le componenti psicologiche (cognitive ed emotive) e psicosociali sono comunque presenti, alcune volte come fattori predisponenti, altre invece come fattori scatenanti (come nel caso delle malattie psicosomatiche) (Pinkus, 1989).

A tale proposito Von Weizsacker, sottolineava che, per rendere evidente il legame tra malattia organica e dimensione psichica, era necessario il superamento della medicina tradizionale, fortemente anatomico-fisiologica. Von Weizsacker riteneva, infatti, necessario lo sviluppo di una *medicina olistica*, in grado di considerare l’individuo nella sua interezza psico-fisica, e non solo nella dimensione fisica (Spinsanti, 1988, p. 45-47). Per evidenziare l’inscindibile legame esistente tra dimensione somatica e dimensione psichica, scriveva: *“Il nostro corpo è in grado di esprimere ciò che vive la psiche, è capace di espressione; e la nostra psiche vive anche ciò che succede al corpo,*

*è capace di impressione. Espressione ed impressione sono i segni che il corpo è animato e che corpo e psiche sono inseparabili” (Spinsanti, 1988 a, p. 66, pp., 14-18).*

La struttura ospedaliera, come abbiamo prima rilevato, ben evidenzia le scissioni che il sapere medico ha attuato (simbolicamente e concretamente) sul paziente per poter assolvere i propri compiti (Guerra e Ancona, 1979, p. 168). Questo si verifica perchè, ancora oggi, la formazione del medico nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia fornisce come modello di riferimento quello di un professionista che si pone di fronte al paziente in modo piuttosto tecnico e asettico, con un atteggiamento cioè teoricamente neutrale che esclude dalla considerazione variabili soggettive quali la struttura della personalità, il sesso, l'età, la condizione socio-culturale, le modalità di comportamento. La forte spinta all'obiettivizzazione diviene così un potente alibi per l'evasione dall'analisi del rapporto medico-paziente, un rapporto, come è stato più volte sottolineato nel corso di questo lavoro, fondamentale ai fini del decorso terapeutico della malattia. L'entrare in un rapporto “vero”, autentico, con un paziente significa non solo comprendere, i suoi bisogni psicologici ed il vissuto soggettivo della malattia, immedesimandosi - tramite l'empatia- nella

sua situazione, ma anche “*analizzare i sentimenti che (il medico) prova nei confronti del proprio lavoro e del singolo paziente e persino delle differenti malattie*” (Pinkus, 1989, p. 29).

#### **1.4. *Le motivazioni inconscie nel rapporto medico-paziente***

La motivazione di un individuo costituisce un aspetto molto importante per la comprensione del suo comportamento e dei vissuti che lo accompagnano. In questo lavoro, con il concetto di motivazione si intende “*l’energia psichica investita nell’ottenere un determinato obiettivo, in risposta ad un bisogno, e le strategie che sono messe in atto per il conseguimento dello scopo*” (Pinkus, 1985, p. 23).

Per individuare le motivazioni per cui una persona decide di occuparsi di medicina e specificamente di “curare”, si possono prendere in considerazione due livelli di analisi: uno è la struttura della personalità e quindi la storia personale, l’altro è il valore che l’individuo conferisce al proprio lavoro, relativamente all’immagine di sè che vuole avere a livello sociale (Pinkus, 1986, p. 90).

Utilizzando come riferimento il lavoro di Pinkus (1985), e prendendo in considerazione il secondo livello di analisi, verranno

brevemente esaminate tre principali **motivazioni psico-sociali alla professione medica**: il bisogno di potere, il bisogno di affermazione ed il bisogno di gratificazione affettiva. Bisogna sottolineare che tali motivazioni oltre ad essere in gran parte **inconsce**, sono difficilmente presenti allo stato “puro” in un individuo, ma *“il più delle volte sono miste e come confuse tra loro”* (p. 114). Tuttavia quando l’una o l’altra diviene predominante, influenza in maniera decisiva la condotta professionale del medico o dell’operatore sanitario e, soprattutto, induce specifiche reazioni difensive da parte del paziente.

- *Il **bisogno di potere*** individua il bisogno psicologico di influenzare e di controllare il comportamento di altre persone. Frequentemente, ad es., il medico utilizza, nel rapporto con il paziente, un linguaggio scientifico, poco comprensibile a quest’ultimo, al fine di esibire, inconsciamente, una immagine di superiorità tecnica e culturale. Il bisogno di controllare il comportamento è da ricondursi, secondo l’Autore, alle prime esperienze relazionali dell’infanzia, caratterizzate da una profonda insicurezza, che ha condotto il soggetto a sentirsi sicuro solo in situazioni da lui controllate, ossia dipendenti dal proprio comportamento. La situazione di controllo *“...in ultima analisi, nasconde la paura della malattia e della morte.”*

*L'attività sanitaria, particolarmente come cura degli altri, è quindi vissuta come modo diretto o indiretto di difendersi da queste paure”* (p. 115).

Il malato reagisce, in modo per lo più inconsapevole, al comportamento del medico mettendo in atto dei **meccanismi di difesa inconsci**, quali:

- l'atteggiamento seduttivo, che si esprime favorendo in ogni modo le aspettative del medico. Questa modalità di comportamento aumenta la dipendenza e quindi anche le tendenze regressive del malato, causando così una distorsione del rapporto interpersonale.

- l'atteggiamento aggressivo, che si esprime frequentemente attraverso un linguaggio ambiguo, ironico, a doppio senso, tendente a ferire il “narcisismo” del medico oppure attraverso comportamenti quali, ad es., dimenticanze ingiustificate di prescrizioni terapeutiche, dimenticanze che pur avendo la finalità inconscia di deludere le aspettative del medico, incidono concretamente e negativamente sulla possibilità di una valutazione obiettiva dell'andamento della malattia.

• Il bisogno di affermazione si evidenzia attraverso “...un'aderenza rigida, spesso ossessiva, agli aspetti tecnico-formali dell'attività assistenziale” (Ibidem, p. 116). La predominanza di questa

motivazione rivela la presenza di una struttura di personalità molto rigida, caratterizzata da un pressante il bisogno di valutare la propria riuscita e il successo professionale tramite il confronto con un modello idealizzato di completezza e di perfezione. Le reazioni più frequenti del malato sono, in questo caso, l' "adeguamento meccanico" alle rigide prescrizioni terapeutiche, che provoca, tuttavia, irritabilità e senso di frustrazione, oppure atteggiamenti di "evasione" dalla situazione clinica, ossia dal rapporto mediante comportamenti che tendono a deludere le aspettative del medico.

- Il **bisogno di gratificazione affettiva**. In questo caso il paziente costituisce per il medico un "oggetto" affettivamente importante, ossia è per il medico fonte di gratificazione oppure di frustrazione a livello affettivo. *"Pertanto egli si sente valorizzato e quindi gratificato dal miglioramento (del paziente), frustrato dal peggioramento: ma questo senza un collegamento con la situazione obiettiva del malato"* (Ibidem, p. 117). Le radici lontane di tale bisogno possono essere individuate, anche in questo caso, nella prima infanzia, e sono da collegarsi alle profonde carenze affettive, che hanno inconsapevolmente orientato l'individuo verso la professione medica: la cura degli altri consente al medico, anche se

solo in forma indiretta, di sentirsi oggetto di amore e di attenzione, cioè di “cure”. A parere di Berger il desiderio di curare, nel senso di “riparare un corpo malato” può trarre origine dal desiderio di “riparare”, simbolicamente, l’oggetto d’amore danneggiato durante le prime relazioni oggettuali: ad es. il “*desiderio di riparare la madre che (a livello fantasmatico) è stata aggredita*” (Berger, 1980, p. 150).

Il medico, il cui agire è orientato prevalentemente da tale bisogno, tende a dare al paziente una immagine di sé molto positiva: è disponibile, molto confidenziale, affettuoso, ed inoltre mostra una preoccupazione intensa per i problemi clinici del malato. Tuttavia i suoi atteggiamenti, caratterizzati da una premura ed una confidenza eccessiva, provocano una accentuazione della dipendenza del malato, ed inoltre, ne disorientano il comportamento. Questi, infatti, di fronte alle aspettative del medico può provare un senso di inadeguatezza, che genera in lui sentimenti di colpa, oppure può reagire, inconsapevolmente, con diffidenza evitando ogni possibile coinvolgimento emotivo (Pinkus, 1985, p. 118).

L’aver preso in esame, seppur in maniera schematica, i principali elementi dinamici che caratterizzano la relazione tra medico

e paziente, ha consentito di mettere in luce non solo la grande importanza che tale rapporto riveste nelle strutture di assistenza, ma soprattutto gli effetti negativi che le **distorsioni inconsce della comunicazione** -purtroppo assai frequenti nella pratica medica- producono a livello psico-emotivo sia nel paziente che nel medico, condizionando sfavorevolmente il rapporto interpersonale ed incidendo, in maniera rilevante, sul vissuto psicologico della malattia e sull'andamento clinico del paziente.

Più volte, nel corso di questo lavoro, è stata evidenziata l'insufficiente attenzione che l'équipe medica manifesta verso la dimensione psicologica del paziente (il quale rappresenta il polo più debole del rapporto), così come è stata messa in evidenza la scarsa consapevolezza, da parte del medico, delle proprie reazioni emotive e delle proprie aspettative inconsce nei riguardi del paziente. Tutte queste osservazioni non possono che condurre ad uno dei nodi fondamentali esistenti nell'attuale pratica terapeutica: quello della formazione psicologica dei medici e del personale di assistenza ed al *ruolo centrale* che lo psicologo clinico può svolgere sia in ambito formativo che nell'attività di sostegno psicologico al paziente. Quando si parla di formazione psicologica si intende una formazione che non si

limiti a fornire delle conoscenze (ad es., mediante l'introduzione dell'insegnamento di psicologia medica nell'ordine degli studi della Facoltà di Medicina) ma che sia fondata su esperienze personali, ossia su 'training' formativi individuali o di gruppo, poichè *“la psicologia è una materia che non può essere insegnata se non viene soprattutto vissuta”* (P.F. Galli, Prefaz. Balint, 1961, p. XVII). A tale proposito è utile citare uno dei più noti “gruppi formativi”, dal punto di vista psicodinamico, in campo sanitario, i **“Gruppi Balint”**.

Michael Balint, medico psicoanalista, è stato uno dei primi a proporre ai medici la possibilità di stabilire con il paziente una relazione terapeutica attenta agli aspetti emotivi della comunicazione ed all'analisi del ruolo che le dinamiche inconsce del medico giocano nell'ostacolare la comprensione dei bisogni psicologici del paziente. Nella convinzione che la malattia organica avesse un'origine prevalentemente psicogena, Balint organizzava dei “gruppi di discussione”, i cui obiettivi fondamentali erano lo studio delle implicazioni psicologiche in medicina generale e la preparazione dei medici generici alla psicodiagnosi ed alla psicoterapia (Balint, 1961, p. 9). I gruppi erano composti da otto o dieci medici generici e da uno o due psichiatri con la funzione di “leader” del gruppo; i partecipanti si

riunivano una volta alla settimana, per la durata di due o tre anni o anche per un periodo più lungo. Il materiale di discussione veniva fornito dalle osservazioni recenti di malati riferite dal medico curante stesso; in particolare, ai medici veniva richiesto di parlare il più liberamente possibile le loro esperienze con i pazienti: ciascuno di loro doveva fornire un *“resoconto il più completo possibile delle reazioni emotive nei confronti del paziente”* (Ibidem, p. 9). L’obiettivo centrale dei “gruppi di discussione” era, dunque, **l’analisi del “controtransfert” del medico verso il paziente.** *“Il nostro scopo - rilevava Balint- è di aiutare i medici a diventare più sensibili rispetto a ciò che avviene, consciamente o inconsciamente, nella mente del paziente quando medico e paziente sono insieme”* (Ibidem, p. 357). Secondo l’Autore, il medico nel rapporto con il paziente, ripropone quei *“moduli quasi automatici di comportamento che hanno la loro origine principale nell’infanzia ma che sono stati influenzati dalle esperienze emotive degli anni successivi”* (Ibidem, p. 357). Tali moduli inconsci influenzano la comunicazione medico-paziente e, di conseguenza, l’atteggiamento del paziente verso la malattia. Per poter comunicare in modo migliore e con un maggior numero di pazienti, il medico deve *“disporre di una vasta gamma di risposte , il che*

*significa che egli deve diventare consapevole dei propri moduli automatici ed acquistare, progressivamente , almeno un minimo di libertà da essi “ (Ibidem, p. 358). Le discussioni di gruppo permettono di far emergere le “resistenze” inconse che influenzano negativamente il rapporto interpersonale sia con il paziente che con i membri del gruppo L’analisi del controtransfert medico-paziente, in una situazione di gruppo, consente, inoltre, di evidenziare “.. *gli errori, le deficienze ed i limiti*” del comportamento individuale, e ne promuove l’accettazione a livello emotivo (Ibidem, p. 358). I medici possono così scoprire aspetti di sè stessi, rimossi dalla situazione terapeutica, come ad es. l’aggressività che inconsciamente provano nei riguardi del malato e che ne condiziona il rapporto. Infine, l’imparare a distanziarsi nei confronti dei propri vissuti, consente anche al malato, per identificazione, la possibilità di fare lo stesso (Guyotat, 1980, p. 187).*

L’attività di Balint, molto conosciuta in Europa, è stata introdotta ed elaborata, in Italia, soprattutto ad opera di Pierfrancesco Galli e di Ferruccio Antonelli. Nella prefazione ad uno dei lavori più noti di Balint “Medico, paziente e malattia” del 1961, Galli, sottolineando l’importanza, in medicina, dello studio del rapporto

interpersonale e della sua dinamica, evidenzia la necessità di sviluppare nel medico le capacità di introspezione e di riflessione sui contenuti emotivi della sua comunicazione con il paziente: *“Ciò non significa voler creare degli pseudo-psicoterapisti, ma far sì che il medico nell’ambito e nei limiti del suo lavoro professionale, senza sconfinamenti pericolosi, possa beneficiare di una tecnica moderna che gli indichi come muoversi nel rapporto emotivo senza doversi affidare continuamente a soluzioni empiriche”* (Galli, p. X).

Questa considerazione introduce l’importante tema del **ruolo dello psicologo clinico** nella struttura ospedaliera, e della tipologia degli interventi in ambito sanitario. A tale proposito, M.C. Medina individua, fondamentalmente, quattro tipi di intervento psicologico:

- il primo ha come obiettivo la formazione psicologica degli operatori sanitari: medici, infermieri e personale paramedico, i quali, attraverso training formativi ad orientamento psicodinamico (ad es. i Gruppi Balint) possono acquisire una maggiore consapevolezza delle modalità relazionali inconsce che influenzano negativamente rapporto individuale con il paziente;
- il secondo tipo di interventi è rivolto principalmente alle “implicazioni psichiche di patologie organiche più o meno gravi”

(Medina, 1989, p. 162). Patologie quali, ad es., quelle tumorali od infartuali, oppure interventi chirurgici mutilanti (mastectomie, colostomie, isterectomie, ecc.) costituiscono, per i pazienti, dei traumi rilevanti che richiedono una indispensabile “elaborazione” psicologica relativa alla perdita della propria integrità fisica;

- una terza tipologia di interventi si riferisce alle affezioni di tipo psicosomatico che possono comportare sia lesioni organiche accertate (quali, ad es. l’ulcera duodenale o la colite ulcerosa), sia sintomatologie acute in assenza di lesioni d’organo (ad es. affezioni neurologiche quali parestesie, cefalee, vertigini, amnesie, ecc.). In questi casi l’intervento dello psicologo clinico è diretto a “*far acquisire al paziente la consapevolezza della prevalente eziologia psichica della sua patologia organica creando le premesse per un trattamento psicoterapico successivo alla dimissione*” (Ibidem, p.163);
- il quarto ed ultimo tipo di interventi riguarda la terapia dei disturbi psichici in senso stretto, non collegati e conseguenti, come nei casi precedenti, a patologie organiche (Ibidem, p. 164).

*“Dal punto di vista del paziente - osserva Medina - lo psicologo rappresenta l’istanza che legittima il suo vissuto emotivo (rabbia,*

*depressione, ansia, panico, paura del dolore, paura della morte, ecc.) costantemente represso e negato dall'istituzione ospedaliera, e ne promuove l'elaborazione" (Ibidem, p. 165).*

Le diverse possibilità di intervento dello psicologo clinico nel contesto ospedaliero debbono essere, dunque, rivolte a realizzare, come dice Langs, quella "*cornice sicura*" nella quale si possono assicurare le "*condizioni ideali*" entro cui realizzare "*una simbiosi terapeutica salutare*" (Langs, 1990, p. 145). E' questo il contesto di comunicazione più valido fra quelli possibili, dove all'accettazione e all'ascolto empatico dello psicologo fanno riscontro uno spazio espressivo e libera-torio dai sintomi. Tale situazione corrisponde, in senso lato, al contesto comunicativo "aperto-collaborativo" che, nella presente ricerca, si ritiene essere la condizione migliore per lo sviluppo dell'alleanza terapeutica.

## CAPITOLO II

### *ELEMENTI COGNITIVI NELLA COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE*

#### 2. Premessa

Viste le funzioni importantissime che una corretta comunicazione può svolgere nella relazione medico-paziente, e' necessario approfondire gli aspetti cognitivi della comunicazione, facendo riferimento ai principali elementi che possono *ostacolare*, oppure *facilitare* i processi comunicativi.

Com'è noto, la comunicazione è un processo interattivo, che presenta un duplice aspetto: un aspetto che riguarda il “contenuto” (ossia la trasmissione di un messaggio, di una informazione), ed un aspetto che riguarda la “relazione” (metacomunicazione), che consente di definire il *modo* in cui si deve assumere una determinata informazione, avvalendosi della comunicazione non verbale: gesti, espressione del viso, inflessioni della voce, ritmo e cadenza delle parole. (Watzlawick et al, 1971, pp. 44-47).

## 2.1. Aspetti specifici della comunicazione

E' utile quindi soffermarsi brevemente sul primo aspetto della comunicazione, ossia sul “**contenuto**”.

Alcune analisi linguistiche hanno messo in evidenza come, nel rapporto medico-paziente, la dominanza professionale del medico non sia legata ad elementi intrinseci alla sua professione, ma bensì ad una sua **superiorità culturale e linguistica**. Il comportamento comunicativo, amplifica la dominanza relazionale del medico, riproducendo di continuo una struttura in cui gli strumenti scientifici e tecnologici servirebbero per fare cose al paziente e non con il paziente (Cacciari, 1983, p. 352).

Cicourel ha analizzato questa relazione sulla base della psicologia cognitivista come interazione tra modello problem solving, modello degli atti linguistici e modello dell'espansione (Ibidem, p. 353). Il primo modello esamina i percorsi mentali di soluzione dei problemi, il secondo le negoziazioni linguistiche, ed il terzo i contenuti non espressi esplicitamente nel testo.

Si giunge a rilevare come tra il medico e paziente si adottino due sistemi linguistici e due livelli che non indicano solo due sub-

culture diverse, ma anche e soprattutto, una differente capacità astrattiva. Il paziente adotta un sistema abstraction resolving basato sulla ricezione di informazioni, mentre il medico segue un sistema content based abstraction in cui il pensiero e l'azione sono sostenuti da conoscenze specifiche.

*“Un esame di questo tipo però rischia di offrirci la figura di un paziente visto solo come un semplice recettore-elaboratore di informazioni dotato di un certa rozzezza linguistico-concettuale. Cosa che seppur vera in molti casi, non è lecito generalizzare prescindendo dalle caratteristiche individuali, dall'ambiente sociale e dalle posizioni di potere coinvolte, dalle credenze attivate, ecc. Il rischio è di accreditare l'idea di una sorta di inesorabile incomprensione tra medico e paziente, giustificata dal diverso livello di conoscenze possedute” (Ibidem, p. 353).*

Certamente il modello linguistico presenta una sottovalutazione di quei fattori sociologici strutturali che i modelli precedentemente menzionati nel capitolo II hanno posto giustamente in primo piano.

Ad ogni modo l'analisi linguistica può essere utile per mettere in evidenza quei fraintendimenti e quelle tensioni che si possono generare

nel rapporto medico-paziente sulla base di una capacità linguistica differente (Donati, 1987, p. 58).

## 2.2. Elementi strutturali della comunicazione

E' importante, a questo punto, analizzare gli *elementi strutturali* che caratterizzano un atto comunicativo.

La comunicazione prevede l'esistenza di un *emittente* che abbia la volontà di comunicare qualcosa. Per fare questo deve mettere a punto un messaggio servendosi di un *codice* appropriato e di un *canale* che ne permetta la veicolazione. Con il termine *codice* intendiamo "quel complesso di segni, convenzionalmente stabilito, che, su base prevalentemente somatica, consente ad un messaggio di stabilirsi come identità espressiva nel suo rapporto fra emittente e ricevente; in altri termini il linguaggio" (Mascilli Migliorini, 1992).

Per *canale* si intende invece "quel veicolo di natura fisica, sollecitato da un tramite fisiologico, oppure tecnologico e fisiologico insieme, che costituisce il mezzo attraverso il quale i messaggi vengono trasmessi nella sfera sociale" (F. Leonardi, 1961).

Il messaggio, una volta codificato ed opportunamente canalizzato, deve raggiungere un **ricevente**, il quale deve decodificare il messaggio per coglierne il significato semantico espresso dal codice e poi interpretarlo per comprenderne il significato logico-concettuale e procedere, quindi, ad un'analisi critica.

Arrivati a questo punto, non possiamo però ancora parlare di comunicazione per il fatto che c'è stata solo una trasmissione unidirezionale di un messaggio senza che si sia prodotto quel feedback che ci permetta di parlare di comunicazione sociale. Il **feedback** permette, infatti, all'emittente di constatare la comprensione del messaggio da parte del ricevente che, nel confezionare la risposta, si è a sua volta trasformato in emittente.

Importante è constatare come l'emittente possa ricevere da parte del ricevente un **prefeedback** rappresentato da una sorta di controstimolo che l'emittente coglie in virtù dell'accentuazione delle proprie capacità di autoricezione che egli subisce durante la trasmissione del messaggio. Questo prefeedback, che può essere dato ad esempio, da un'espressione di dissenso scolpita sul volto del ricevente, può portare l'emittente all'autocorrezione del messaggio in modo tale da poter giungere, nel modo migliore, al proprio scopo

comunicativo. Da ciò si può facilmente dedurre che è impossibile non comunicare per il fatto che quando c'è prossimità fisica tra le persone c'è sempre in qualche modo una forma di comunicazione che induce ad affermare che anche involontariamente si comunica (E.Mascilli Migliorini, 1992, pp. 75-79).

Queste ultime considerazioni sono dotate di grande rilevanza se riferite al rapporto medico-paziente, poichè spingono a fare estrema attenzione, per la ricchezza di informazioni che da essa si può trarre, alla comunicazione non verbale del paziente. Possiamo, infatti, dalle espressioni del volto, dal modo di gesticolare, dal ritmo dell'eloquio, e persino dai silenzi del paziente giungere a comprendere molto della sua condizione e del suo modo di essere ed in base a ciò scegliere la condotta più opportuna da seguire. Per facilitare in questo compito il medico, o chiunque si renda protagonista di una relazione d'aiuto come quella tra medico e paziente, bisogna eliminare quegli ostacoli che, frapponendosi tra chi comunica, rendono la comunicazione impossibile o limitata. Questi *ostacoli* possono essere materiali, fisici o psico-emotivi e sociali (Mambriani, 1994, pp. 73-137).

### 2.3. Elementi materiali e fisici di ostacolo alla comunicazione

Prendendo, dapprima, in esame gli **ostacoli materiali** possiamo procedere ad una loro analisi ed all'individuazione di metodi per un loro superamento o una loro limitazione.

Il **rumore** rappresenta un ostacolo di non poco conto nella comunicazione, rendendo difficile la comprensione dei messaggi e la capacità di concentrazione degli interlocutori. Per superare queste difficoltà è opportuno o eliminare la fonte di rumore, spegnendo motori rumorosi o chiedendo il silenzio; o cercando di limitare la fonte di disturbo, chiudendo ad esempio la finestra. Se ciò non è possibile si deve ricercare nel rumore una nicchia di intimità, riducendo la distanza con chi si comunica. Va, tuttavia, detto che data la particolarità e la delicatezza delle relazioni in campo sanitario, è meglio una comunicazione chiara e posticipata che una confusa ed immediata.

La **scarsa visibilità** è un'altra importante fonte di ostacolo della comunicazione, poichè impedisce una corretta ed efficace discriminazione di tutti quegli elementi che costituiscono la struttura portante della comunicazione non verbale. A questo riguardo è opportuno eliminare le difficoltà derivate dalla scarsa visibilità o

riducendo la distanza tra gli interlocutori o aumentando l'illuminazione del luogo in cui gli interlocutori agiscono.

L'**elevata densità di persone** è un elemento fortemente invalidante le relazioni d'aiuto in virtù della delicatezza delle situazioni trattate che impongono un alto grado di intimità e di riservatezza. Allo scopo di ridurre i problemi derivanti dalla situazione di eccessiva densità di persone che rischierebbero di bloccare la relazione a livelli superficiali è opportuno o cercare di parlare in un luogo non affollato, oppure cercare di crearsi come già detto una situazione di intimità tra gli altri, magari, parlando molto vicini o a bassa voce

Oltre agli ostacoli materiali, è possibile riscontrare negli **impedimenti fisici** gli elementi ostativi ad una proficua relazione comunicativa. Questa possibilità interessa da vicino i pazienti anziani dato il generale deteriorarsi delle capacità psico-fisica che si sperimenta in età avanzata.

La **sordità** impedisce all'interlocutore che ne è affetto di capire chiaramente i messaggi verbali che gli sono rivolti. Ciò impone chiaramente la necessità di parlare con un tono di voce elevato e di

colorire in modo molto forte la propria comunicazione con elementi non verbali, quali gesti, espressioni del volto e simili.

La **cecità** ha un ruolo limitante per la comunicazione ed impone all'interlocutore che intende portare il suo aiuto il rispetto di alcuni accorgimenti che permettono di veicolare al meglio il proprio messaggio. Tali accorgimenti saranno chiarimenti opposti a quelli che bisogna seguire nel caso si abbia a che fare con un paziente non udente.

La **vocalità difettosa**, riscontrabile in alcuni soggetti, impone la necessità di fare maggiore attenzione da parte di chi ascolta ed intende portare aiuto.

La **posizione del corpo nello spazio** è molto importante per favorire una corretta e feconda comunicazione; trascurare questi aspetti può solo giocare a discapito del paziente, costituendo un ostacolo ad una comunicazione fluida. A questo riguardo è opportuno non porsi alle spalle del proprio interlocutore o ad una distanza troppo elevata, così come non è bene porsi nello spazio al di sopra o al di sotto del proprio interlocutore. In alcuni casi come, ad esempio quello del paziente in carrozzella, è impossibile che chi spinge la carrozzella gli parli frontalmente e diviene importante ridurre questa difficoltà,

aumentando la prossimità fisica nei confronti del proprio interlocutore o cercando in ogni modo di far sentire il proprio interesse per ciò che egli dice.

#### **2.4. Atteggiamenti psicologici di ostacolo alla comunicazione**

Una volta considerati quelli che risultano essere gli ostacoli materiali e fisici alla comunicazione è necessario andare a considerare quei **comportamenti** che -seppur connessi ad aspetti soggettivi della personalità- costituiscono tuttavia un ostacolo alla realizzazione di una buona comunicazione medico-paziente.

L'**egocentrismo** indica la tendenza del soggetto a parlare sempre di se stesso, ponendosi in ogni situazione in primo piano rispetto al suo interlocutore. Questo atteggiamento crea nel paziente la percezione di essere scarsamente considerato dall'altro e, di conseguenza, egli tende a "fuggire" dalla relazione; inoltre il sentimento di inferiorità che tale situazione evoca in lui, non fa altro che accrescere il malessere fisico e psicologico.

Il **taciturnismo**, che caratterizza colui che parla pochissimo, o solo in modo telegrafico se è interrogato, sottolinea una situazione di scarsa volontà del soggetto di comunicare con l'altro. Tale atteggiamento denota spesso la presenza di complessi di inferiorità, di timidezze e frustrazioni non risolte. Nelle relazioni assistenziali questo atteggiamento è fortemente deleterio, perchè il taciturno non può aiutare l'altro e, ciò che è peggio, trasmette all'altro il proprio stato di frustrazione.

Il **logorroico** invece è colui che parla in continuazione, un vero e proprio fiume di parole, rendendosi protagonista di lunghissimi monologhi. Questo comportamento crea nell'interlocutore un fastidioso senso di stanchezza psichica e fisica. Nelle relazioni terapeutiche il comportamento del logorroico è deleterio, poichè inibisce l'iniziativa dell'altro, riducendone la partecipazione al dialogo.

L'**umorista** è da intendersi come colui che trova in ogni situazione motivo di banalizzazione e condizioni di ridicolo, inducenti alla battuta ed al riso. Anche questo atteggiamento eccessivo, che rivela un bisogno nevrotico di attenzione da parte degli altri, induce nell'interlocutore il rifiuto di ogni proposta relazionale. Chi è assistito

da un individuo con queste caratteristiche è portato a chiudersi in se stesso ed a dare scarsa affidabilità a colui che, pur volendolo aiutare, riesce spesso solo a ridicolizzare le problematiche che il paziente vive.

La **falsità**, data dalla mistificazione della realtà per gli scopi più disparati, induce nel malato il ritiro dei sentimenti di fiducia e di affidabilità nei riguardi del terapeuta. In questo modo la relazione interpersonale viene a perdere la sua connotazione di valore e tende ad essere rifiutata dal paziente.

L'**atteggiamento di superiorità** spinge frequentemente il soggetto ad esibire, soprattutto nei confronti delle persone considerate subalterne, comportamenti saccenti, arroganti ed autoritari. Nelle relazioni assistenziali tali atteggiamenti sono deleteri in quanto generano nel paziente sentimenti di chiusura relazionale, giustificati dall'impossibilità di stabilire un rapporto, per quanto possibile, paritario, basato sulla fiducia, sulla comprensione e sulla vicinanza emotiva.

L'**atteggiamento di inferiorità**, d'altra parte, è ugualmente condannabile. Con esso si vuole indicare il comportamento di quelle persone che fanno sentire in continuazione la propria subordinazione nelle relazioni di cui sono partecipi. Nel rapporto medico-paziente tale

atteggiamento è fortemente sfavorevole alla costituzione di relazioni positive poiché' chi si trova in una situazione di debolezza può solo acuire questa sua condizione se posto a contatto con chi, invece di aiutarlo, mostra di trovarsi in una situazione di debolezza simile.

Quello della **fretta** è un comportamento condannabile per più ragioni. Esso indica la volontà di ridurre al minimo possibile la relazione con gli altri. Le conseguenze negative di questo atteggiamento sono molteplici; esse, infatti, portano alla riduzione quantitativa delle informazioni fornite, ad un impoverimento qualitativo della comunicazione, costituita da frasi e concetti mal collegati, ed infine ad una situazione di distacco emotivo che denota scarso interesse per l'interlocutore. Il paziente che si trova a vivere un'esperienza del genere sviluppa dei dubbi circa la volontà dell'altro a soccorrerlo, e per di più vive una sorta di inferiorità legata alla scarsa considerazione accordatagli.

E' da condannare pure l'**anticipazione**, intesa come interruzione del discorso altrui, di cui vengono anticipate le conclusioni. Questo comportamento oltre a gettare discredito e mancanza di novità sul discorso altrui è sintomo di cattiva educazione. Una condotta del

genere è contraria allo stabilirsi di una relazione produttiva con il paziente.

L'**invadenza**, che indica il comportamento volto sempre ad esprimere il proprio punto di vista non attendendo che l'altro termini il proprio discorso, presenta le stesse caratteristiche negative dell'atteggiamento di negazione.

L'**incoerenza**, individua quel tratto comportamentale volto all'assunzione di punti di vista contrastanti nella stessa unità di tempo ed in periodi successivi. Questo comportamento è motivo di insicurezza e di scarsa affidabilità ed elimina la possibilità dell'instaurarsi di un rapporto sincero e di scambio reciproco, che costituisce una componente fondamentale nelle relazioni d'aiuto.

Con il termine **recitazione** si fa riferimento ad un comportamento volto ad accentuare, mediante il tono della voce, le caratteristiche situazionali della comunicazione verbale (ad es., quando si vuole comunicare al bambino una situazione di pericolo, si tende ad adottare un timbro di voce ampio). Nella comunicazione con gli adulti questa condotta risulta molto inappropriata, poichè sembra voler esprimere un giudizio negativo sulle capacità di comprensione dell'altro. Nella relazione medico-paziente, l'adozione di un

comportamento recitativo da parte del medico è finalizzato, spesso, a nascondere le cause di sofferenza ed anche a banalizzarle; ciò nonostante tale atteggiamento è facilmente smascherabile da parte di chi soffre. La recitazione non aiuta il paziente, ma anzi rappresenta un ostacolo allo sviluppo di relazioni sincere ed autentiche.

La **valutazione**, che indica un giudizio fornito da un soggetto sul comportamento o sui punti di vista di un altro, oltre a denotare un chiaro atteggiamento di superiorità da parte del giudicante, può far esperire al già minato equilibrio emotivo di chi soffre, sentimenti di inferiorità, inibendo in quest'ultimo la possibilità di sviluppare un proprio punto di vista per paura di vederlo poi prontamente censurato.

L'**interpretazione** si riferisce alla volontà di spiegare a tutti i costi la situazione di chi soffre, facendolo spesso attraverso accurate analisi tecnico-scientifiche. Così facendo, si fa perdere al malato la fiducia in sè stesso e si dimentica, soprattutto, il sostegno di carattere emotivo di cui egli necessita.

La **sdrammatizzazione** indica un atteggiamento volto a sminuire la drammaticità di determinati contenuti. Tale comportamento, se in alcuni casi potrebbe avere delle conseguenze positive, in altri rischierebbe di far sentire al sofferente una

banalizzazione della propria condizione. Tale condotta è sovente adottata non per alleviare chi soffre dalle sue affezioni, ma per paura di subire un pericoloso coinvolgimento in situazioni emotivamente complesse oppure per mancanza di risorse emotive in grado di sostenere psicologicamente il paziente.

Il **cambiamento d'argomento** è un comportamento che viene messo in atto quando non si vuole affrontare uno specifico argomento. Questo, a livello relazionale, è comunque sempre da evitare, poichè viene spesso interpretato dal paziente come una carenza di attenzione per la propria condizione di sofferenza.

Alla stessa stregua è da considerare l'atteggiamento di **evasione**, con cui si vuole volutamente essere superficiali su determinati argomenti ed in determinati rapporti.

L'**assolutismo** indica la volontà di affermare sopra ogni cosa il proprio punto di vista, e di volerlo sostenere mediante l'utilizzazione sia di mezzi che di persone. Un comportamento di questo tipo produce nel sofferente una situazione sia di frustrazione che di svalorizzazione di sè stesso: la frustrazione nasce dall'impossibilità di sostenere con argomenti validi il proprio punto di vista, mentre la svalorizzazione di

sè è conseguente al senso di inferiorità indotto dall'atteggiamento assolutistico.

La **disattenzione** è la peggior nemica di una relazione proficua per il fatto che denota una scarsa considerazione dell'altro. Essa, in ambito assistenziale, rende difficile l'instaurarsi di un rapporto in cui chi riceve aiuto possa esternare i propri vissuti attraverso il dialogo e la comunicazione interpersonale.

La **non considerazione** è un'aperta dimostrazione di scarso interesse per l'altro. Nella relazione medico-paziente questo atteggiamento si concretizza nella volontà di aiutare l'altro solo per scopi di obbligo professionale o morale, ma non per un bisogno autenticamente sentito.

Terminata l'analisi degli ostacoli che possono intralciare un corretto flusso comunicativo tra medico e paziente è bene andare a considerare quegli elementi che possono favorirlo. La conoscenza di essi risulta improcrastinabile per un medico, o per un qualsiasi operatore sanitario, che voglia veramente aiutare un paziente, viste le valenze positive che a livello terapeutico acquista una relazione fondata su di una ricca e feconda comunicazione.

## 2.5. Elementi di facilitazione della comunicazione

Analizziamo ora in dettaglio quegli elementi che si ritiene agevolino la comunicazione:

- Il fare domande sollecita chiaramente la comunicazione, sia che le domande siano chiuse e quindi prevedano una risposta sintetica sia che siano aperte e facilitino quindi l'elaborazione linguistica;
- l'esprimere fatti ed opinioni può essere, poi, il modo per fornire degli argomenti che diano il via ad una comunicazione, qualora il paziente si mostri passivo ed apatico e non sembri adottare un atteggiamento favorente l'instaurarsi di una relazione;
- stesso effetto si ottiene con l'invito diretto a parlare.
- Importante è, poi, nel sollecitare la comunicazione, l'esprimere attenzione per ciò che il paziente dice, mostrando un chiaro interesse per le sue problematiche e determinando così il crearsi di una relazione fiduciaria e paritaria, favorente l'eloquio.

Altri metodi per palesare il proprio interessamento sono dati da ripetizioni di parti del discorso fatto dal soggetto d'aiutare, dalla sintesi di ciò che il malato ha detto e, quindi, dall'interrogazione su stralci del discorso effettuato dal paziente.

Nelle relazioni d'aiuto, comunque, non è solo importante favorire e stabilire la comunicazione con il soggetto d'aiutare, ma è pure importante accertarsi che questo comprenda in modo chiaro ciò che viene detto. Se infatti la comprensione chiara venisse a mancare la relazione tutta ne risulterebbe compromessa.

A questo riguardo è opportuno applicare alcune strategie comunicative che permettano di venire a conoscenza dell'effettiva comprensione della comunicazione da parte di chi ascolta.

La **chiarezza verbale** è molto importante, ed è data dal parlare scandendo le parole ed utilizzando un tono di voce nè troppo alto nè troppo basso, in grado di favorire una buona comprensione in chi ascolta.

La **lentezza** pure è un dato del buon comunicatore il quale deve parlare con una velocità tale da permettere una buona ricezione ed elaborazione dei messaggi emessi. Va detto che questo dato è molto importante nella relazione medico-paziente viste le possibili condizioni di limitazione intellettiva in cui si trovano i pazienti.

L'**ordine logico**, inteso come rispetto dei nessi causali, deve essere sempre tenuto in considerazione, poichè dota il discorso di una chiarezza maggiore.

Degne di nota sono pure le richieste di conferma, le ripetizioni, i riassunti e le sottolineature di parti importanti o meno importanti del discorso, poichè permettono di riscontrare se è avvenuta un'effettiva comprensione del messaggio da parte del ricevente e di fissare in lui i concetti più importanti.

L'**adattamento** all'altro è, poi, essenziale quando i livelli socio-culturale e professionale tra gli interlocutori è molto differente e potrebbero crearsi delle incomprensioni. Chiaramente sarà il medico, viste le finalità del suo impegno, a doversi adattare.

L'attenzione alle strategie comunicative sopra esposte, unite ad una comprensione "empatica" dei bisogni psico-emotivi del paziente (di cui si è parlato ampiamente in precedenza) costituiscono gli elementi indispensabili per poter migliorare la relazione fra medico e paziente e per consentire a quest'ultimo di sentirsi compreso nelle sue caratteristiche personali ed uniche e non solo come un caso, come tanti, da trattare con metodologie standardizzate (Parma 1995).

L'assunzione di questa nuova condotta comporterà uno sforzo non indifferente da parte del medico che dovrà aprirsi ad una nuova forma di comunicazione, dovendo abbandonare, riprendendo le parole di Donati, *il ruolo di agenzia specializzata (utilizzatrice) di un codice*

*simbolico puramente amministrativo ad elevata referenzialità* (Donati, 1987).

Da quanto esposto si evince la complessità insita nella comunicazione umana, le sue caratteristiche interpersonali dove sia elementi cognitivi che emotivi si intrecciano generando un elaborato schema comunicativo. Al suo interno trovano posto tanto le dinamiche inconsce degli interlocutori, quanto le difficoltà dovute alla comprensione stretta del contenuto, insieme a tutte le interferenze ambientali dovute al contesto nel quale si realizza la comunicazione. In questo lavoro, per esigenze espositive ed analitiche, sono stati presentati in modo distinto i principali fattori che concorrono a costituire il processo comunicativo. Il quale, ovviamente, resta un *unicum* inscindibile tipico di ogni individuo come di ogni relazione.

## BIBLIOGRAFIA

- Agrami C., Crisciani, L.  
(1980) *Malato, medico e medicina nel medioevo*, Loescher Ed., Torino
- Annas G.A.  
(1975) *The rights of hospital patients. The Basic ACLU Guide to a Hospital Patient's rights*. New York: Avion Books.
- Aste C.  
(1994) *Sociologia e salute: Modelli a confronto*. In: *La rivista di servizio sociale*, n. 3.
- Athlin L., Engstrom B.,  
Enstrom I.  
(1992) *Information to patients following surgery for cancer*. *Vard Nord Utveckl Forst*. 12 (1): 4-7.
- Ayzenberg A.  
(1995) *Problematic communication between physicians and oncological patients*. *Harefuah*, 128 (7): 414-416, 463.
- Balint M.  
(1961) *Medico, paziente, malattia*. Feltrinelli, Milano
- Bellino F.  
(1993) *I fondamenti della Bioetica, aspetti antropologici, ontologici e morali*. Città Nuova.
- Berger M.  
(1980) *Le possibilità di aiuto psicologico ai morenti*, p.139-162. In: Guyotat J, *Le psicoterapie mediche*. Vol.2, 139-162. Masson Italia Ed. Milano.

- Berlinguer G.  
(1989) *Bioetica quotidiana e Bioetica di frontiera. In Bioetica (a cura di) Di Meo A., Mancina C. Laterza ed., Bari*
- Berti L.  
(1984) *La razionalità pratica tra scienza e filosofia Libreria Gregoriana Editore, Roma*
- Bompiani A.  
(1992) *Bioetica in Italia. Lineamenti e tendenze. EDB, Bologna*
- Bowlby J.  
(1982) *Costruzione e rottura dei legami affettivi. Raffaello Cortina Ed.*
- Cacciari C.  
(1983) *La comunicazione fra medico e paziente. Una rassegna critica. In: Psicologia clinica, 3*
- Capuana L.  
(1939) *Il dottor Ficicchia., In: Le più belle novelle, Edizioni Sandron, Milano*
- Carli R., Paniccchia R.M.  
(1981) *Psicosociologia delle organizzazioni e delle istituzioni. Il Mulino Ed., Bologna.*
- Carli R. Paniccchia R.M.  
(1989) *Psicosociologia dell'ospedale: riflessioni sul ruolo dello psicologo clinico. In: Rivista di Psicologia Clinica, 2, 148-160. NIS Ed. Roma.*
- Cassem NH, Stewart RS  
(1975) *Management and care of the dying patient. Int. J. Psychiatry Med., 6: 293-304.*

- Cassileth B., Supkis R.,  
Sutton-Smith K.  
(1980) *Informed consent: why are its goals imperfectly realized?* New Engl. J. Med., 302: 896-900.
- Cattorini P.  
(1987) *Un scelta di saggezza.* In Progress, 66. Prato.
- Cesa-Bianchi M, Sala G.  
(1989) *Ospedale e psicologia.* In: Rivista di Psicol. Clinica, 2, 139-146. NIS Ed., Roma.
- Chaitchik S., Kreitler S,  
Shaked S. et al.  
(1992) *Doctor-patient communication in a cancer ward.* J.Cancer Education, Vol.7, N.1: 41-54. Pergamon Press Ltd. USA.
- Chase Boring C, Brokman E,  
Causey N et al.  
(1984) *Patient attitudes toward physician consent in epidemiologic research.* Am J Public Health, 74 (12): 1406-1407.
- Codice di Deontologia Medica  
(1995)
- Congregazione per la Dottrina  
della fede  
(1987) *Istruzione Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione*  
22 febbraio.
- Crotti N., Morasso G.  
(1986) *La comunicazione scomunicata: l'informed consent form.* Milano, Politeia, 243 ss.

- De Coro A., Grasso M.  
(1988) *La consultazione psicologica in un Centro di Psicologia Clinica: note sull'osservazione del transfert nella fase di valutazione.* In: Rivista di Psicologia Clinica, 2: 149-159. NIS Ed., Roma.
- De Coro A.  
(1990) *Diagnosi e narrazione nella cura psicoanalitica.* Borla Ed., Roma.
- Degner L.F., Sloan J.A.  
(1992) *Decision making during serious illness: what role do patients really want to play?* J. Clin. Epidemiol., 45 (9): 941-950.
- Delfosse M.C.  
(1988) *I Comitati di etica in Belgio,* In: I Comitati di etica in ospedale, (a cura di) Spinsanti S., NIS pp.101-110, Roma.
- De Nardis P.  
(1988) *L'equivoco sistema.* F. Angeli Ed., Milano.
- Derman U, Serbest M.  
(1993) *Cancer patient's awareness of disease and satisfaction with services: the influence of their general education level.* J. Cancer Education, Vol.8, N.2: 141-144, 1993. Pergamon Press Ltd. USA.
- Deschamps-Latscha B.  
(1988) *Il Comitato Consultivo Francese.* In: I Comitati di etica in ospedale (a cura di) Spinsanti S., NIS, pp. 129-140
- Donati P.  
(1983) *Introduzione alla sociologia relazionale,* Franco Angeli Ed., Milano

- Donati P.  
(1987) *Manuale di sociologia sanitaria*,  
Franco Angeli, Milano
- Donati P.  
(1992) *Teoria relazionale della società*  
Franco Angeli, Milano
- D'Onofrio F.  
(1994) *Bioetica e biologia: per il cammino  
dell'uomo*, Piemme, Casalemonferrato
- Engelhardt Jr. H.T.  
(1991) *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano
- Ferro F.M.  
(1989) *Passioni nella mente e nella storia*. In: Vita  
e Pensiero, Milano.
- Fiori A.  
(1993) *Problemi attuali del consenso informato*. In:  
Medicina e morale, 6: 1123-1138.
- Galli P.F.  
(1961) *Prefazione a "Medico, paziente e malattia"*  
di Balint M., Feltrinelli Ed., Milano
- Gilbar O.  
(1989) *The attitude of the doctor to the refusal  
of the cancer patient to accept chemo- therapy*.  
Med Law, 8: 527-534.
- Gilbar O.  
(1991) *The quality of life of cancer patients who  
refuse chemotherapy*. Soc. Sci. Med. 32 (12):  
1337-1340.
- Grudner T.  
(1980) *On the readability of surgical forms*. New  
Engl. J. Med. 1980; 302: 900-902.

- Guerra G, Ancona L.  
(1979) *Note sui problemi della formazione in ambito ospedaliero.* In: (a cura di) Cesa-Bianchi M. *Psicologia e ospedale generale.* F. Angeli Ed, Milano.
- Guyotat J.  
(1980) *Un problema di psicologia medica: le coterapia.* In: Guyotat J. *Le psicoterapie mediche.* Vol.2, 179-187. Masson Italia Ed. Milano.
- Hietanen P.S.  
(1996) *Measurement and practical aspects of quality of life in breast cancer.* *Acta Oncologica*, 35 (1): 39-42.
- Holli K., Hakama M.  
(1993) *Continuity of the doctor-patient relationship during the routine follow-up of a breast cancer patient.* *Support Care Cancer*, 1(5): 263-265.
- Iandolo C.  
(1979) *L'approccio umano al malato.* Armando Ed.
- Iandolo C.  
(1986) *L'assistenza psicologica del malato,* Pozzi Ed., Milano.
- Iandolo C.  
(1989 a) *Aspetti etici della relazione tra il malato ed il personale sanitario.* In (a cura di) Randazzo A *Problemi etici di vita ospedaliera,* Piccin Padova
- Iandolo C.  
(1989 b) *Introduzione all'etica clinica.* Pozzi Editore, Milano.

- Ippocrate di Coo  
(V sec. a.c.) *Il Giuramento.*In: Enciclopedia Rizzoli,  
Rizzoli Editore, Milano
- Jeammet Ph., Reinaud D.,  
Consoli S.  
(1987) *Psicologia medica.* Masson, Milano.
- Katz J.  
(1976) *Who's afraid of informed consent?*  
J. Psychiatr. Law, 315-325.
- Katz J.  
(1994) *Reflection on unethical experiments and the  
bennings of bioethics.* In: Kennedy Institute  
of Ethics Journal, Vol.4, N.2.
- Kedziera P., Levy M.H.  
(1994) *Collaborative practice in oncology.*  
Semin. Oncol., 21(6): 705-711.
- Langs R.  
(1990) Guida alla psicoterapia. Una introduzione  
all'approccio comunicativo. Bollati Borin-  
ghieri Ed., Torino.
- Lasswell H.  
(1979) *Il linguaggio della politica.* ERI Ed., Torino.
- Lee J.M.  
(1993) *Screening and Informed Consent.* The New  
England J Med., 328 (6): 438-440.
- Lega C.  
(1979) *Deontologia medica, principi generali.*  
Piccin Ed., Padova.

- Lega C.  
(1991) *Manuale di bioetica e deontologia medica*, Giuffrè, Milano
- Lekander M., Furst C.J.,  
Rotstein S. et al.  
(1996) *Social support and immune status during and after chemotherapy for breast cancer*. *Acta Oncologica*, 35 (1): 31-37.
- Leonardi F.  
(1968) *Forme e processi culturali*. In: *Elementi di sociologia* (a cura di) Biaga G., Altan CT, Ammassari P.
- Leone S.  
(1990) *Quali valori per i comitati*. In: *I Comitati etici* (a cura di) AA.VV., Orizzonte Medico
- Ley P., Spelman M.  
(1965) *Communications in and out-patients setting*. *Br. J. Social. Clin. Psychol.*, 4:114-116.
- Lioux C., Demoly P.,  
Godard P. et al.  
(1993) *Huriet's law in cancerology. Reflexions on physician-patient relation and informed consent in thoracic oncology*. *Bull. Cancer Paris*, 80 (10) : 900-902
- Mambriani S.  
(1994) *La comunicazione nelle relazioni di aiuto: guida pratica ad uso di familiari e operatori sanitari e sociali*, Cittadella, Assisi
- Margotti R.  
(1967) *Medicina nei secoli*, Mondadori, Milano
- Mascilli Migliorini E.  
(1992) *La comunicazione nell'indagine sociologica*. NIS Ed., Milano

- Mazzi, P.  
(1978) *Studi sull'esercizio della medicina negli ultimi tre secoli del medioevo*, Laterza ed., Bari
- Mechanic D.  
(1992) *Health and illness behavior and patient-practitioner relationships*. Soc. Sci. Med. 34(12): 1345-50.
- Medina M.C.  
(1989) *Modalità didattiche e tecniche terapeutiche in un Servizio ospedaliero di Psicologia Clinica*. In: Rivista di Psicologia Clinica, 2, 161-166. NIS Ed., Roma.
- Melotti, U. et altri  
(1985) *Evoluzione biologica e culturale*. Dip. studi politici e sociali Univ.di Pavia
- Minarelli, M.L.  
(1984) *La medicina nell'antica Roma*. In: Storia, n.7, Mondadori, Milano
- Morrow G, Gootnick J.  
Schamale A.  
(1978) *A sample technique for increasing cancer patient's knowledge of informed consent to treatment*. Cancer 42: 793-799.
- Morrow G.  
(1980) *How readable are subject consent forms?* JAMA; 244:56-58.
- Morrow G., Hoagland A.  
(1981) *Physician-patient communication in cancer treatment*. Proc. Am. Cancer Soc., 3th National Conference, Washington, April 23-25.

- Niccoli A.  
(1974) *Dizionario della lingua italiana*. Istituto Editoriale Europeo, Roma.
- Palombella A.  
(1993) *Ospedali più umani: come?*, Piccin Padova
- Parma E.  
(1995) *Pratica medica e non-compliance*. In: La partecipazione del paziente al suo trattamento: compliance e non-compliance (a cura di) V. Ghetti, Franco Angeli, Milano
- Parsons T.  
(1964) *La relazione medico-paziente*. In: Il sistema sociale, Comunità, Milano (I ed. 1951)
- Pegoraro R.  
(1991) *Comunicazione della verità al paziente, riflessioni etico-teologiche*. Medicina e Morale, 6: 959-986.
- Perico G.  
(1992) *Problemi di etica sanitaria*., Ancora Edizioni, Milano
- Peteet J.R., Ross D.M.,  
Medeiros C. et al.  
(1992) *Relationships with patients in oncology: can a clinician be a friend*. Psychiatry, 55 (3): 223-229.
- Pomata, G.  
(1994) *La promessa di guarigione: malati e curatori in antico regime* Laterza Ed., Bari
- Pinkus L.  
(1985) *Psicologia del malato*. Edizioni Paoline. Cinisello Balsamo (Mi).

- Pinkus L.  
(1986) *Teoria della psicoterapia analitica breve.*  
Edizioni Borla, Roma.
- Pinkus L.  
(1989) *Psicosomatica.* NIS Ed., Roma.
- Potter V.  
(1971) *Bioethics: Bridge to the Future.* Prentice  
Hall, New Jersey.
- Reich W.T.  
(1978) *Encyclopedia of Bioethics.* The Free Press,  
New York, Vol. 2.
- Reich W.T.  
(1986) *Comunicazione al Simposio “Comitati Etici”,*  
CISF-Fatebenefratelli, Milano.
- Reich W.T.  
(1990) *La sperimentazione sui soggetti  
umani e L’istituzionalizzazione  
della bioetica in USA in (a cura di)  
C. Viafora: Vent’anni di bioetica.*
- Righetti A., Giorgio G.  
(1994) *Factors influencing the communication of the  
diagnosis to patients who have cancer.*  
J. Cancer Educ., 9 (1): 42-45.
- Santos Z.M., Santos G.  
Abrantes P.  
(1994) *Physician-patient communication in  
oncology.* Acta Med. Port., 7 (6):  
361-365.
- Schwenk T.L.,  
Romano S.E .  
(1992) *Managing the difficult physician-patient  
relationship.* Am. Fam. Physician 46 (5):  
1503-1509.

- Sneider P. R.  
(1979) *Psicologia medica*. Feltrinelli, Milano.
- Sgreccia E.  
(1991) *Manuale di Bioetica. Vol II. Aspetti medico-sociali*. Milano.
- Sgreccia E.  
(1992) *Il dibattito attuale sulla fondazione etica in bioetica*. In: *Medicina e Morale*, 5.
- Sgreccia E.  
(1994) *Manuale di bioetica. Volumi I e II*. Vita e Pensiero, Milano.
- Shorter, E.  
(1986) *La tormentata storia del rapporto medico-paziente*, Feltrinelli, Milano
- Singer P.A., Tasch E.S.,  
Stocking C. et al.  
(1991) *Sex or survival: trade-offs between quality and quantity of life*. *J Clin. Oncol.* 9 (2): 328-334.
- Spagnolo A.G.  
Sgreccia E.  
(1989) *I Comitati di Bioetica. Sviluppo storico, presupposti, tipologie*. In: *Vita e Pensiero*, 7-8, 500-514. Milano.
- Spagnolo A.G.  
Sgreccia E.  
(1990) *La situazione italiana dei CdB sotto il profilo giuridico ed operativo*. In: *I Comitati di etica (a cura di) AA.VV.* pp.105-110, *Orizzonte medico*.
- Spinsanti, S.  
(1988 a) *Guarire tutto l'uomo: la medicina antropologica di Viktor Von Weizsacker*  
Edizioni Paoline, Cinisello Balsamo

- Spinsanti S.  
(1988 b) *L'Alleanza terapeutica. Le dimensioni della salute.* Città Nuova Ed.
- Taidelli  
(1995) *I fattori individuali come motivazioni alla non-compliance.* In: La partecipazione del paziente al suo trattamento: compliance e non compliance (a cura di) V. Ghetti, Franco Angeli, Milano.
- Todd C.J., Still A.W.,  
(1984) *Communication between general practitioners and patients dying at home.* Social Science & Medicine. Pergamon Press Ltd. USA.
- Tomamichel M., Sessa C.,  
Herzig S. et al.  
(1995) *Informed consent for phase I studies: evaluation of quantity and quality of information provided to patients.* Ann. Oncol., 6 (4): 363-369.
- Viafora, C.  
(1991) *Fondamenti di bioetica.* Ambrosiana, Milano
- Vella C., Quattrocchi P.,  
Bompiani, A.  
(1988) *Dalla bioetica ai Comitati etici*  
Ancora Edizioni, Milano
- Watzlawick P, Beavin J.H.,  
Jackson D.D.  
(1971) *Pragmatica della comunicazione umana.*  
Astrolabio Ed., Roma.
- Weber M.  
(1968) *Economia e società.* Vol. I., Milano, Comunità

