

La comunicazione: base e strumento della relazione medico-paziente

Angelo R. Pennella (*)

IL MODELLO DISEASE CENTRED

Vorrei iniziare parlando del dottor Gregory House. Per chi non lo conoscesse posso dire che si tratta di un personaggio di fantasia, protagonista di una serie televisiva che ha riscosso un notevole successo ed il cui titolo è “Dr. House Medical Division”.

Primario di un reparto ospedaliero di Diagnostica, House è un medico con una competenza pressoché unica nel riconoscere ed inquadrare sintomi inusuali giungendo a raffinate diagnosi differenziali.

La sua capacità di connettere e ricondurre elementi apparentemente distanti all'interno di un quadro clinico unitario e coerente ha spinto molti a considerare il dottor House come una sorta di Sherlock Holmes della medicina.

A questa indubbia competenza, House associa però un carattere a dir poco difficile: è un uomo scostante, arrogante, caustico, cinico, ma anche misantropo ed asociale. Sebbene si tratti di una persona segnata dal dolore, anche fisico – una ischemia alla gamba destra, male diagnosticata, gli ha gravemente compromesso l'uso dell'arto costringendolo a camminare con l'aiuto di un bastone –, si mostra però insensibile a quello altrui.

Non ha alcun interesse a rapportarsi con i pazienti, giudicati persone sempre pronte a mentire ed incapaci di aiutare il medico nello svolgimento del suo compito: quello cioè di diagnosticare e curare la patologia. In effetti, nella gran parte dei casi, House delega il contatto con i pazienti ai suoi collaboratori deputati a raccogliere le anamnesi e a riferirle in periodici briefing. Illuminante, in questo senso, una frase di House: «Questo posto è pieno di malati, se mi sbrigo riesco ad evitarli».

La domanda che ci si potrebbe porre è la seguente: il dottor House è un “bravo” o un “cattivo” clinico?

In effetti, sulla base di quello che ho appena detto la risposta sembrerebbe autoevidente: le capacità diagnostiche di House sono infatti talmente elevate da far apparire ovvia una risposta affermativa.

In realtà, la risposta al quesito è possibile solo se si chiarisce cosa si intenda per “clinico”.

Come sapete, questo termine deriva dal greco *klin* utilizzato per indicare la posizione distesa del malato. L'immagine che si evoca è pertanto quella di un paziente allettato e di un medico chino al suo capezzale.

In qualche modo è possibile affermare che l'essenza del metodo clinico è racchiusa proprio in tale raffigurazione alla cui base c'è il rapporto che il medico istituisce con il suo paziente, rapporto che, considerati gli strumenti e le conoscenze di cui disponeva la medicina antica, non poteva che essere attento e personalizzato, prolungato nel tempo, intimo. Tutta la storia del paziente, il suo stile di vita ma anche il suo contesto familiare dovevano essere conosciuti dal medico se voleva avere speranza di individuarne e curarne la malattia

(*) Psicologo, psicoterapeuta, professore a contratto presso la Facoltà di Psicologia 1 dell'Università di Roma “La Sapienza”.

(Imbasciati, 2006). Si trattava, in sostanza, di una relazione individualizzata e fondata su una conoscenza longitudinale del paziente: l'approccio clinico si configurava come un "caring" in cui la malattia era ritenuta parte ed espressione di una specifica individualità. Se volessimo tradurre l'assetto di questa relazione in termini a noi più vicini potremmo dire che il medico di allora stabiliva con il paziente una vera e propria "presa in carico".

Se ci collocassimo però in questa prospettiva avremmo qualche difficoltà a considerare il dottor House un *bravo* clinico. Il fatto di concentrare la sua attenzione in modo esclusivo sulla sintomatologia e sull'inquadramento diagnostico, collocando pertanto il paziente in quanto persona sullo sfondo, è infatti poco compatibile con questa accezione del termine clinico.

Nonostante ciò, credo che tutti noi saremmo titubanti però nel considerare il dottor House un *cattivo* clinico. Il suo atteggiamento, sia pure esasperato per esigenze filmiche, evoca infatti un approccio che riconosciamo alla medicina moderna e che le ha consentito di raggiungere obiettivi importanti.

A rischio di una digressione, credo sia utile a questo proposito ricordare che i notevoli successi scientifici e gli ampi riconoscimenti sociali ottenuti dalla medicina affondano le loro origini nella dicotomia cartesiana "mente-corpo", che ha consentito alla cultura occidentale di considerare questo ultimo come una meravigliosa e complessa macchina che, proprio in quanto macchina, poteva essere esplorata e compresa dall'uomo.

Questa prospettiva aprì alla medicina,

la possibilità di "anticipare" una serie di eventi: questa capacità predittiva, un punto di grande forza del modello medico tradizionale [...] è resa possibile [proprio] dalla costanza dei processi meccanici che avvengono nel corpo, sia malato che sano. Dall'altro lato, la corporeità della macchina umana bandisce, in modo sempre più forte e coerente con le regole dell'oggettività e della replicabilità, il contributo delle scienze umane alla medicina come l'interesse per la presenza di uno "spirito" (oggi si chiamerebbe "persona") dentro ad un corpo malato. (Moja, Vegni, 2000, p. 17)

A partire dal Settecento, ma in modo chiaro ed inarrestabile dall'Ottocento ad oggi, si sviluppò quindi una concezione della malattia intesa come fenomenologia scindibile dalle caratteristiche, per così dire, antropologiche del paziente, una entità quindi non solo *diversa* e *differenziabile* dal malato ma anche uguale in *qualsiasi* malato (Moja, Vegni, 2000).

Si iniziò cioè a configurare quel modello¹ biomedico (Engel, 1977) che caratterizza ancora oggi in buona parte la medicina moderna e che focalizza l'intervento non tanto sulla *persona* malata, quanto sulla *patologia* intesa come alterazione, rispetto a valori considerati normali, di una serie di variabili biologiche e somatiche.

È ovvio che nell'ambito di tale modello, il compito del medico non può che essere quello di riconoscere e classificare, attraverso un insieme di segni che acquistano un valore diagnostico, la patologia, intervenendo quindi su di essa con il trattamento scientificamente più adeguato.

In buona sostanza, la medicina moderna esprime un modello *disease centred* in cui al "caring" si è sostituito un "curing".

A questo punto, la risposta al quesito che ci siamo posti è completamente diversa ed il dottor House non può che essere considerato un *bravo* clinico.

¹ «La funzione di un modello teorico è [...] di guidare la pratica professionale e di fornire una griglia interpretativa rispetto a ciò che, nel proprio lavoro, il professionista realizza. Un modello efficace propone una semplificazione della complessità della realtà, focalizzando l'attenzione intorno ad alcuni aspetti, necessariamente parziali, ma che consentono di comprenderla e di operarvi.» (Moja, Vegni, 2000, p. 15)

Anche in questo caso, la risposta suscita però in noi qualche perplessità. Se da un lato è infatti indubbia la capacità diagnostica e, conseguentemente, terapeutica di House, dall'altro si ha la spiacevole sensazione che con il suo atteggiamento, per dirla in termini figurati, lui abbia buttato il bambino insieme all'acqua sporca.

Per quali motivi però la medicina ha spostato l'asse della clinica del caring al curing? E cosa, per continuare nella metafora, è stato buttato insieme all'acqua sporca?

Iniziamo con il primo quesito.

Uno dei fattori del passaggio dal caring al curing può essere individuato nei progressi della biologia, della chimica, delle tecnologie medico-biologiche, ma anche della farmacologia, progressi che hanno ridimensionato l'importanza della relazione interpersonale individualizzata. Grazie ad esami di laboratorio sempre più sofisticati e a raffinate tecnologie biofisiche, è stato infatti possibile diagnosticare un gran numero di malattie attraverso una indagine trasversale e non più longitudinale del paziente². Nello stesso tempo, il medico ha avuto a disposizione un numero sempre maggiore di terapie farmacologiche, chirurgiche e fisiche di grande efficacia.

Se a questo si aggiunge il processo di "socializzazione" che ha caratterizzato la medicina nel '900 e che ha trasferito la relazione medico-paziente da un ambito strettamente privato ed interpersonale ad un ambito pubblico (Tatarelli, De Pisa, Girardi, 1998), possiamo comprendere alcuni dei motivi del progressivo distanziamento della medicina dalla realtà psicologica ed antropologica della persona malata: è dunque la *relazione* ad essere stata buttata via insieme all'acqua sporca.

Il termine "clinico" è quindi diventato in medicina quasi un sinonimo di "curativo", sinonimia fondata sulla possibilità, sempre più attualizzata, di far corrispondere ad una precisa diagnosi una precisa terapia (Imbasciati, 2006).

C'è però da aggiungere che quando si parla di modello disease centred si parla inevitabilmente anche di un modello *doctor centred*.

Il vero protagonista della relazione, così come avviene nella finzione scenica del dottor House, è infatti il medico visto come portatore di conoscenze scientifiche e capacità tecniche di cui il paziente è privo.

Se questo è per certi versi logico, ciò non toglie però il fatto che abbia prodotto, in associazione alla focalizzazione dell'intervento medico sulla patologia in quanto entità scissa dal malato, alcune importanti implicazioni relazionali.

La prima, quella forse più ovvia, è individuabile nella tendenza a configurare un rapporto in cui si attribuisce al medico una posizione *one-up* e si colloca il paziente in una posizione *one down*.

Si viene cioè ad istituire una comunicazione *unidirezionale* in cui si dà per scontato che se da un lato c'è un medico che indaga, comprende ed interviene – agisce cioè un ruolo attivo – dall'altro ci deve essere un paziente che si fa indagare e che si accomoda alle richieste ed

² C'è da sottolineare che il grande sviluppo che in questi ultimi anni ha caratterizzato le apparecchiature per gli accertamenti strumentali (si pensi alla risonanza magnetica) se da un lato ha rinforzato una prassi medica fondata sul modello *disease centred*, dall'altro ha però modificato la credibilità ed il potere riconosciuti alla classe medica. La forte delega agita nei confronti delle "macchine", a cui di fatto il medico rinvia spesso il momento diagnostico, attribuisce a queste ultime un ruolo essenziale, se non addirittura primario. «A questo punto, anche nelle fantasie del paziente e del medico, l'onnipotenza e della macchina, con tutte le conseguenti modifiche dell'assetto narcisistico del medico e della relazione terapeutica. La relazione duale medico-paziente diviene una relazione triangolare nella quale, tuttavia, il medico è uguale al paziente, anch'esso bisognoso ed impotente rispetto alla macchina.» (Ghetti, Merini, 1993, p. 105) In questo scenario non stupisce la frequenza con cui i pazienti chiedono direttamente l'effettuazione di accertamenti strumentali, anche a prescindere dalla prescrizione medica.

indicazioni dell'altro – agisce cioè un ruolo passivo. In effetti, «tutto ciò che si chiede al paziente – per citare le parole di Balint (1961, p. 143) – è di capire le domande del medico e di rispondere sinceramente.»

Non a caso, quando si parla di terapia ci si riferisce a qualcosa che viene *prescritto* al paziente, che viene cioè *ordinato, stabilito*. Prescrivere, dal latino *praescribere*, significa infatti scrivere prima, nel nostro caso anteporre la decisione medica a quella del paziente: quest'ultima, per fare un banale gioco di parole, cade cioè in prescrizione.

Anche se di questo avremo modo di parlare ancora, si può però subito dire che questa configurazione relazionale non può essere “neutra”. Nel momento stesso in cui il medico istituisce un rapporto interpersonale *asimmetrico* non può che sollecitare nell'altro – nel nostro caso il paziente – risposte adattive che possono essere di adesione ma anche di opposizione ai ruoli proposti dal medico.

Nulla vieta di interpretare [in questa prospettiva] anche il fenomeno della compliance/non compliance come un riflesso abbastanza diretto della presenza/assenza di problematicità a carico del principio normativo. L'una, la compliance, come espressione di consenso [...] l'altra, la non compliance come “resistenza” o persino come mera ribellione alla malattia e più ancora al momento terapeutico (Morpurgo, 1995, p. 20).

In questo senso, la prescrizione ed i connessi fenomeni di compliance o non compliance possono essere considerati come indicatori del modo con cui la coppia medico-paziente affronta e gestisce la dimensione di potere all'interno della relazione.

Se ci focalizzassimo però esclusivamente sui pazienti, potremmo classificarli in funzione del loro atteggiamento nei confronti del carattere normativo della prescrizione, individuando (Morpurgo, 1995):

a) pazienti *normali*, quelli cioè che sono in grado di riconoscersi come malati e che, intrattenendo buoni rapporti con la norma, aderiscono alle indicazioni del medico in modo attivo condividendo gli obiettivi del trattamento.

b) *Normativamente dipendenti*, costituiti da soggetti che non pongono problemi, se non per un eccesso di compiacenza nei confronti del medico. Mostrano una buona compliance, ma «in realtà sono individui incerti, riluttanti di fronte alla possibilità di rendersi parte attiva verso la propria cura; poco attenti di conseguenza verso possibili “errori” del medico, ma poco sensibili anche nei confronti dei propri “errori”» (Morpurgo, 1995, p. 24).

c) *Molesti*, soggetti che, pur non rifiutando aprioristicamente la parola del medico, lo invadono però con domande e dubbi continui, mostrandosi bisognosi di sistematiche rassicurazioni. In questi casi, si ha un sotterranea disconferma del potere del medico attraverso un ipercontrollo che il paziente agisce nei suoi confronti. Se da un lato si tratta infatti di soggetti che assillano il medico con i loro quesiti, dall'altro tendono però anche a smentirlo e a coglierne la più piccola contraddizione.

d) *Indipendenti*, si tratta di persone alla continua ricerca di una autonomia personale da qualsiasi fonte di autorità e che mostrano quindi una forte difficoltà a seguire un programma terapeutico perché lo vivono come una fatica ed una costrizione, pur riconoscendone la fondatezza e l'utilità.

e) *Contestatori*, in cui confluiscono i soggetti «che utilizzano la malattia per esprimere un bisogno fortemente rivendicativo, pronti di riflesso a vedere nel medico non tanto il personaggio che ha il compito istituzionale di curare, quanto l'oggetto che deve “riparare” i torti subiti in passato, veri o presunti e che ha l'obbligo di risolverli» (Morpurgo, 1995, p. 25).

Riprendendo però il filo del discorso e tornando a parlare delle implicazioni che il modello disease centred ha sull'atteggiamento comunicativo del medico, è possibile

constatare che, nel momento in cui si affronta la patologia come entità scindibile dal suo “portatore”, si tende anche a ridimensionare, se non ad annullare, il valore delle informazioni che il paziente propone nel corso della visita ma che, agli occhi del medico, non risultano immediatamente pertinenti alla diagnosi e all’intervento terapeutico.

È bene precisare che questa opera di selezione ed estrazione di elementi al fine di giungere ad un corretto inquadramento della patologia non ha in sé nulla di errato: si tratta, in effetti, di un processo di categorizzazione funzionale all’intervento.

La questione sta nel fatto che il paziente, sebbene viva la malattia come qualcosa di estraneo e minaccioso che si impone a lui e alla sua “normalità”, non necessariamente condivide però con il medico i criteri di lettura e di inquadramento del fenomeno.

MALATTIA E MODELLO BIOPSIOSOCIALE

Chiariamo quindi innanzitutto che le patologie, in modo particolare quelle croniche, svolgono un ruolo importante per la persona e per la sua famiglia. La malattia, sia pure con un’ovvia variabilità connessa al tipo e alla gravità, comporta infatti, in modo più o meno consistente, una ridefinizione dell’immagine che la persona ha di se stessa: gli atteggiamenti, le credenze, i progetti, ma anche i comportamenti ed il modo con cui l’individuo si immette nelle relazioni tendono quindi a modificarsi. Ogni patologia, per quanto leggera, implica, in altri termini, la rinuncia ad una parte della propria libertà e dei piaceri abituali (Balint, 1961).

Nei confronti della malattia si tende pertanto ad attivare una serie di modalità adattive che possono andare da una evidente negazione del disturbo, cosa che può esprimere l’incapacità della persona – ma anche del suo contesto relazionale – di elaborare ed integrare questo tipo di esperienza nella rappresentazione di sé, ad una sorta di centratura della vita quotidiana sulla patologia, modalità che tende a collocare sullo sfondo qualsiasi altro interesse o attività precedenti.

Senza diffonderci sulle ragioni che sottendono questi dinamismi e che possono dimostrare quanto sia concretamente impossibile scindere la malattia dall’individuo e dal suo essere persona in relazione ad altri, mi limiterò a proporvi una breve vignetta clinica tratta da “Medico, paziente e malattia” (1961) di Michael Balint. In questa vignetta si racconta il caso di un piccolo paziente che la madre portava dal medico almeno una o due volte alla settimana.

Il medico, molto a proposito, aveva diagnosticato varie piccole malattie, quali tonsillite, raffreddore, influenza, tosse, bronchite, crisi di collera, ecc. Molto coscienziosamente, aveva annotato tutta questa serie di diagnosi, prescritto le cure corrispondenti, e, sulla carta, il caso era per lui concluso. Egli sapeva che la vera causa della malattia non risiedeva nel bambino, ma nel rapporto madre-bambino, che non poteva evolvere liberamente. E questo perché, nella sua ansia ed insicurezza, la madre caricava eccessivamente questo rapporto sacrificando la libertà del figlio oltre i limiti di sopportazione di un bambino sano e normale. Ma questa diagnosi, quella reale, era solo nella mente del medico; e, sebbene questi fosse consapevole della sua importanza, ci volle un certo tempo ed un certo sforzo per convincerlo [...] che tutte le altre diagnosi erano in un certo qual modo superficiali ed incomplete (Balint, 1961, p. 49).

Sebbene si tratti di una citazione ormai datata – il libro di Balint è stato pubblicato nel 1961 – penso sia ancora oggi in linea con la realtà quotidiana di molti medici di medicina generale, basti pensare a quante volte giungono in studio genitori che lamentano la tosse notturna del loro bambino e a cui, nonostante le spiegazioni circa l’importanza di questo

sintomo, alla fine si prescrive un sedativo, non tanto per tacitare la tosse del figlio quanto l'ansia del genitore.

Anche solo partendo dalla propria esperienza personale, ci si può quindi rendere conto che la malattia non è solo un fenomeno fisico-chimico ma è anche e specialmente una realtà complessa in cui svolgono un ruolo determinante fattori psicologici, sociali ed antropologici e che si propone come oggetto di mediazione del rapporto tra l'individuo ed il suo contesto di riferimento. La malattia, in sostanza, è un fenomeno *biopsicosociale* che interessa più dimensioni e che implica modificazioni a ogni livello gerarchico del sistema (Tatarelli, De Pisa, Girardi, 1998)³.

Se ci si colloca in tale prospettiva la concezione della relazione medico-paziente non può che modificarsi, in modo peraltro consistente.

Soffermiamoci ad esempio sulla possibilità del medico di promuovere l'adesione del paziente agli obiettivi e alle modalità organizzative della terapia.

Nel modello disease centred si parte dall'idea che l'intervento debba focalizzarsi ed esaurirsi sulla patologia e si assume che il paziente *debba* accettare la prescrizione in quanto fondata su un preciso razionale. Come si diceva, tutto ciò che non appare direttamente connesso alla sfera biomedica è collocato sullo sfondo, se non addirittura considerato dal medico come un potenziale ostacolo per l'effettuazione di una corretta diagnosi e terapia.

In sostanza, ciò che il paziente *crede* o *vive* nei confronti della propria malattia viene obliterato.

In realtà, nel momento in cui avviene un evento – ad esempio di tipo traumatico – o si sviluppa un processo tale da configurare una situazione che la persona può considerare come “malattia”, si avvia un personale processo di elaborazione che esita in una sorta di diagnosi, ma anche in una gamma di comportamenti, più o meno congrui, attuati dalla persona al fine di fronteggiare la situazione che si è venuta a creare.

Di fatto, quasi tutti «i pazienti hanno un loro preciso corredo di credenze, informazioni, aspettative ed emozioni relative non solo ai propri disturbi, ma anche alle terapie adatte e alla necessità di esami di laboratorio o di un periodo di riposo» (Taidelli, 1995, p. 29). Non deve dunque sorprendere che il paziente possa affrontare in modo autonomo, per noi a volte anche irrazionale, la sua malattia: dimensioni soggettive, di carattere sia *cognitivo* – si pensi a preconcetti, a conoscenze errate o a giudizi inadeguati rispetto alla gravità – che *emozionale* – si pensi alla vergogna o all'angoscia che la malattia può indurre o al modo con cui può porre in discussione l'identità del paziente – hanno un ruolo fondamentale sul modo con cui il paziente affronta e gestisce la sua malattia.

Se ci soffermiamo, ad esempio, sulle idee del paziente nei confronti della sua patologia possiamo constatare che esse si aggregano in sistemi cognitivi complessi che appaiono come una sorta di “pacchetti” – i cosiddetti *frames* (Evans et al., 1986) – in cui informazioni, opinioni ed esperienze si aggregano, in modo più o meno coerente, intorno ad un fatto centrale. Il fine del *frame* è innanzitutto quello di dare senso, di spiegare la malattia.

Un esempio di frame può essere desunto dalla seguente interazione.

³ Il modello biopsicosociale delle malattie nasce come integrazione del modello biomedico prevalente negli anni settanta e tiene conto degli sviluppi della teoria dei sistemi in biologia, secondo la quale la natura è ordinata secondo sistemi gerarchicamente complessi, disposti su un continuum che va dal livello inferiore a quello superiore (dalle particelle subatomiche fino alla società).

Medico

...Mah, la pressione è da correggere ovviamente...bisognerebbe...

Se la pressione è sempre 150 su 100 deve essere trattata subito [...] non c'è nessuna familiarità per l'ipertensione?

È probabile che sia un fattore magari di stress, che sia particolarmente ansiosa... in questo periodo...

Lo possiamo vedere in seguito, quando lei tornerà...e in ogni caso non credo che sia una cosa che metta in pericolo la sua vita adesso...

...non credo che sia in una situazione di pericolo...

(Moja, Vegni, 2000, p. 60)

Sebbene non si stia parlando necessariamente di opinioni ed atteggiamenti consci, in ogni caso si tratta però di elementi che orientano il comportamento della persona non solo nei confronti del proprio stato, ma anche rispetto alla relazione con il medico. Sono ormai numerose le ricerche in cui si evidenzia che il *frame* non è solo un corredo di informazioni con cui il paziente cerca di spiegare i fatti, ma implica – il discorso vale però anche per le emozioni – inevitabilmente un *agire*.

Le dimensioni soggettive⁴ del paziente ma, aggiungerei, anche quelle che caratterizzano il suo contesto di riferimento – si pensi alla vignetta di Balint –, rappresentano dunque una componente importante della situazione in cui si trova ad operare il medico e non possono essere collocate, quasi si trattasse di elementi inerti, sullo sfondo dell'intervento.

Ormai è infatti a tutti abbastanza chiaro che

la gente segue le prescrizioni relative alla salute solo a certe specifiche condizioni: avere un'idea adeguata della malattia e credere nella sua modificabilità attraverso il trattamento; essere convinti della propria capacità personale di reggere all'esperienza

⁴ L'espressione "dimensioni soggettive" rinvia agli aspetti cognitivi (opinioni, credenze, ecc.) ed emozionali presenti negli individui.

Paziente

Non lo so... cosa dice dottore?

Ma senta una cosa, io questa storia della pressione, adesso, detto francamente... io ho una vita che... ovviamente ha dei ritmi del tutto particolari, nel senso che ho...un marito, un figlio, lavoro, lavoro... lavoro parecchio... ho comunque le amiche... voglio dire che è ovvio che sia ipertesa... che bisogno c'è di prendere le pasticche?

Nella mia famiglia, no... non so di nessuno almeno...

...ma io sono sempre così eh, cioè non è che in questo periodo...

...ecco... in questo momento io me ne parto tranquilla...

...mmmh OK, parto tranquilla, le pastiglie non le prendo e rimango...non è che le prenda adesso... le dirò, mi capita una mattina di prenderla [...] ecco... io le prendo una volta ogni tanto, per dire in una settimana le prendo un paio di mattine perché mi dico che se è una giornata lunga e faticosa, mi prendo la pastiglia... quindici giorni sono là al mare e la pastiglia non la prendo...

della malattia stessa ed infine vedere un rapporto positivo tra costi e benefici della terapia (Taidelli, 1995, p. 30).

In assenza di tali condizioni, i rischi di fallimento terapeutico sono abbastanza elevati.

Riprendendo la breve interazione che abbiamo visto, il *frame* ipertensione della paziente si caratterizzava innanzitutto per una particolare interpretazione eziologica in cui la signora riconduceva la patologia ai livelli di attività svolti quotidianamente: in tale prospettiva, la terapia era considerata pertanto come uno strumento atto a compensare lo squilibrio indotto dal superlavoro.

Per dare efficacia al suo intervento, il medico doveva quindi: *individuare* il frame della paziente; *esplorarne* con lei gli elementi costitutivi; *correggerne* le distorsioni fornendo informazioni più corrette; *elaborare e condividere* con la paziente un frame ipertensione più adeguato e funzionale agli obiettivi terapeutici.

Cerchiamo, a questo punto, di tirare una prima conclusione.

In questo senso, credo sia ormai evidente, da un lato, la necessità di recuperare ed includere nella prassi medica quotidiana anche gli aspetti cognitivi ed emozionali correlati alla malattia, dall'altro, la conseguente necessità di gestire in modo diverso la comunicazione con i propri pazienti.

Alcune ricerche (cfr. Roter et. al., 1997), ad esempio, hanno evidenziato che, mentre nel modello *biomedico* l'interazione medico-paziente è centrata prevalentemente su aspetti attinenti la patologia ed i medici tendono a porre molte domande e a dare informazioni circoscritte alla terapia, nel modello *biopsicosociale* la comunicazione presenta invece un relativo equilibrio tra argomenti biomedici e psicosociali ed il medico tende a fare meno domande e ad esercitare un minore controllo, ampliando anche gli spazi di negoziazione con il proprio paziente.

LA MUTUALITÀ NELLA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

È bene precisare che questo discorso non mira a negare l'*asimmetria* della relazione medico-paziente: il medico è un tecnico in possesso di conoscenze e capacità che il paziente non ha, cosa che provoca una inevitabile, ma anche necessaria, differenza di ruoli, funzioni e responsabilità.

La questione non è quella di porre in discussione l'asimmetria della relazione medico-paziente, ma di essere consapevoli della *mutualità* di tale relazione.

Ma in che senso si può parlare, in ambito medico, di mutualità?

Innanzitutto ricordo che questo sostantivo significa "soccorrersi vicendevolmente attraverso l'unione ed il reciproco aiuto" e deriva dal latino *mutuus* con cui si indicava l'atto, più o meno diretto, di dare qualcosa in cambio. Il termine rinvia al verbo *mutare*, utilizzato sia nella sua accezione di scambiare che in quella di cambiare.

Se ci fermiamo un attimo a riflettere, credo sia evidente che la relazione medico-paziente pur nella sua asimmetria, si caratterizza però per un continuo scambio. A prescindere, infatti, dalla componente economica, è chiaro che senza la disponibilità del paziente ad implicarsi nel processo diagnostico e terapeutico il medico può fare ben poco⁵.

La mutualità è dunque un concetto importante laddove si voglia affrontare il tema della comunicazione in ambito medico e ci aiuta a differenziare gli atteggiamenti relazionali e le

⁵ Si può infatti aggiungere che in genere si accetta o si legittima una scarsa o assente partecipazione del paziente solo in due ambiti: la pediatria e la psichiatria.

prassi comunicative che il medico può attuare nella sua interazione con il paziente. A differenza infatti di quanto accade nell'approccio *disease centred* in cui, come si è già detto, si configurano due ruoli molto precisi e chiaramente contrapposti di "attività/passività"⁶, nell'approccio *biopsicosociale* si ha un modello relazionale di "mutua-partecipazione" in cui si riconosce ad entrambi i soggetti – sia pure esplicitando ruoli diversi – pari dignità. In questo modello relazionale, il medico utilizza la comunicazione per attivare le risorse del paziente affinché questi possa utilizzarle funzionalmente agli obiettivi terapeutici.

Modello relazionale	Ruolo del medico	Ruolo del paziente	Applicazione clinica del modello	Prototipo del modello
Attività/Passività	Fa qualcosa al paziente	Recipiente	Anestesia, trauma acuto, coma, delirio..	Genitore/Bambino
Guida/Cooperazione	Dire al paziente cosa fare	Cooperatore (obbedisce)	Processi acuti infettivi e simili	Genitore/Ragazzo (adolescente)
Mutua-Partecipazione	Aiuta il paziente ad aiutarsi	Partecipa alla relazione	Quasi tutte le malattie croniche,etc.	Adulto/Adulto

(modificata da: Szasz, Hollender 1956)

Mi preme sottolineare che la mutualità a cui sto facendo riferimento non si limita però ad una sorta di dare ed avere, del tipo "il medico offre le sue competenze tecniche ed il paziente la sua partecipazione", ma è anche e specialmente un meccanismo di *regolazione interpersonale* del rapporto in cui entrambi i soggetti sono coinvolti. Per quanto riguarda il medico, la mutualità si evidenzia, ad esempio, in tutti quei momenti in cui, grazie alla comunicazione verbale e non verbale, contiene e ridefinisce le incertezze e le ansie che il paziente esprime nei confronti della patologia e che potrebbero ostacolare la relazione e l'adesione alla terapia.

A questo proposito, ricordo un aneddoto riferito nel corso di un convegno da Claudio Volpi, ordinario di pedagogia all'Università "La Sapienza" di Roma. Quando era ragazzino soffrì per un certo periodo di improvvise alterazioni febbrili. I genitori, naturalmente impensieriti da tale sintomatologia, consultarono diversi medici. Possiamo immaginare che le loro spiegazioni apparvero al piccolo Claudio sempre piuttosto oscure e tali da rinforzare le sue preoccupazioni e forse anche quelle dei genitori. Alla fine giunsero da un medico che, con fare sicuro, etichettò quelle febbri come «criptogenetiche».

Allora mi sembrò – afferma Volpi – rassicurante [...] Successivamente, dopo aver fatto il liceo classico, ho potuto constatare che dietro il termine rassicurante di febbri «criptogenetiche» c'era il nulla. Criptogenetiche, che allora mi sembrava così rassicurante, in realtà etimologicamente significa di origine sconosciuta. Ma allora fui contento perché ero riuscito a dare un nome alla mia angoscia, anche se, come vi ho appena detto, ho scoperto successivamente che tale parola non significava nulla. (Volpi, 1987, p. 21)

Senza soffermarci su tutte le possibili implicazioni presenti in questo aneddoto, mi limito qui ad osservare la funzione di *holding*, di *contenimento* svolta da questo medico. In quella situazione, per il paziente ed i suoi familiari non era importante solo dare un nome ad una entità incomprensibile, ma constatare che di fronte ad essa non ci si doveva necessariamente spaventare. Quando mi riferisco quindi alla mutualità nella relazione medico-paziente non intendo segnalare solo il tema dello scambio e della reciprocità rispetto ai comportamenti, ma

⁶ Il discorso vale però, sia pure in modo meno eclatante, anche per il modello di "guida/cooperazione" descritto in tabella.

anche questa funzione di *regolatore emozionale* svolta dal medico e che troppo spesso viene sottovalutata.

COMUNICAZIONE E RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

A questo punto vorrei però rassicurare che non si chiede ai medici di trasformarsi in tanti psicologi.

L'approccio che in qualche modo si sta discutendo non intende infatti alterare l'identità professionale del medico, né tanto meno vuole renderne meno puntuale l'intervento sul piano tecnico: si sta solo cercando di evidenziare il fatto che laddove sia necessario un farmaco il modo migliore per ottenere la compliance del paziente è quello di comprendere le componenti soggettive connesse all'*essere malato*. Questo implica però un cambiamento sul piano comunicativo e relazionale: *comunicazione* e *relazione* sono infatti strumenti necessari ed irrinunciabili per raggiungere gli obiettivi terapeutici che il medico si propone per il paziente (Moja, Vegni, 2000).

A questo proposito, è utile ricordare che il termine comunicazione deriva dal latino *cum* (con) e *munire* (legare, costruire) e significa proprio *mettere in comune*, definire cioè un rapporto con cui unire elementi diversi. La comunicazione, in sostanza, è un trasferimento – un mettere in comune, appunto – di informazioni relative a cose, emozioni o pensieri che consente alle persone di condividere ed accordarsi sui significati da attribuire ad oggetti, eventi, situazioni, aiutandole a costruire una realtà comune.

La comunicazione non è quindi mai un fenomeno unidirezionale, ma è sempre uno *scambio*, un processo *interattivo* che coinvolge tutti i soggetti coinvolti nella relazione.

Questo è uno snodo fondamentale di cui si deve essere consapevoli: qualsiasi sia la comunicazione essa ha sempre e comunque degli effetti sull'altro.

Per fare un esempio, peraltro anche troppo noto, possiamo ricordare la vicenda di Edipo. La storia è conosciuta e non starò dunque qui a ripeterla: quando Edipo racconta a Giocasta e agli anziani di Tebe la sua storia, c'è tuttavia un punto in cui sono particolarmente evidenti gli effetti della comunicazione. Dopo aver saputo che Polibo, re di Corinto, non era suo padre Edipo si reca, nonostante le rassicurazioni ottenute dal re e dalla regina, dall'oracolo di Delfi.

E senza che mia madre né mio padre sapesse, andai.

Né per quanto io chiedevo, Febo onore di risposta mi die'; ma mi predisse altri miseri, atroci, orridi eventi: ch'io giacerei con mia madre e darei la vita ad una stirpe intollerabile ad ogni gente; e diverrei del padre ond'io m'ebbi la vita, l'assassino.

Uditi tali orrori, io, da quel giorno, dirigendo cogli astri il mio viaggio, lungi fuggii dalla corinzia terra, dove non mai veder potessi compiersi le nefandezze del mio tristo oracolo.

Sappiamo tutti ciò che in realtà accadde, ma sappiamo anche che ciò che accadde avvenne a seguito delle parole che l'oracolo disse ad Edipo: se questi non gli avesse rivelato nulla di ciò che sapeva, nulla del dramma sarebbe accaduto.

Se dunque è importante considerare il *contenuto* della comunicazione, è altrettanto importante prendere in considerazione l'impatto della comunicazione sul comportamento: questo costituisce l'oggetto della *pragmatica* della comunicazione umana, i cui fondatori possono essere rintracciati in un gruppo che lavorò fin dalla fine degli anni settanta a Palo

Alto ⁷. Queste ricerche consentirono di definire una serie di assiomi ⁸, il primo dei quali afferma che è impossibile non comunicare.

Una proprietà fondamentale del comportamento umano è individuabile nel fatto che esso non ha un suo opposto; non esiste, in altre parole, un “non-comportamento” o, per meglio dire, è impossibile non comportarsi. Qualsiasi cosa si faccia si configura dunque come una informazione che si trasmette all’altro: l’attività o l’inattività, le parole o il silenzio assumono inevitabilmente valore di messaggio, influenzano gli altri e gli altri, a loro volta, non possono non rispondere a tali comunicazioni.

Il medico, così come chiunque di noi, non ha quindi la possibilità di *evitare* la questione della comunicazione perché in ogni caso comunica qualcosa all’altro, oltretutto utilizzando, spesso in modo inconsapevole, più livelli comunicativi come quello paralinguistico, mimico, posturale e prossemico.

Per fare un esempio, chi vuole prendere la parola, inspira, dischiude le labbra, solleva una mano o l’intero avambraccio e lo tiene in sospeso fino a quando non gli viene concesso di parlare; l’intenzione che sottende questi segnali può essere ulteriormente rimarcata portando avanti il busto e sollevando la testa oppure cercando con gli occhi lo sguardo dell’altro.

D’altro canto, si deve aggiungere che la comunicazione – questo costituisce il secondo assioma della pragmatica – ha un aspetto di contenuto ed uno di relazione, in altre parole, qualsiasi comunicazione non veicola solo informazioni, ma imposta anche modalità di comportamento e di relazione.

Se da un lato c’è quindi un contenuto, una informazione che si trasmette, nel momento in cui si comunica si cerca anche di definire i ruoli che riteniamo più adatti per quella interazione. Per fare un esempio, se un dirigente chiede alla segretaria di andargli a prendere un caffè la comunicazione non veicola solo il bisogno di quella particolare bevanda, ma definisce anche il fatto che tra i due è il dirigente quello che può decidere cosa deve fare l’altro.

Un esempio più attinente al nostro ambito ci viene dalle situazioni in cui il medico interrompe con una domanda il paziente nel corso della sua verbalizzazione. Se da un lato ciò esplicita ciò che il medico ritiene importante sapere (la notizia), dall’altro veicola però anche una precisa indicazione concernente i ruoli che egli ritiene congruenti alla situazione: è lui a fare le domande, a stabilire i criteri di pertinenza, ad aprire o chiudere gli argomenti, a fissare i tempi dell’interazione e così via.

Rimandando tuttavia gli aspetti più tecnici concernenti la gestione dell’interazione con il paziente al prossimo intervento, credo sia importante a questo punto ricordare che gli scopi principali della comunicazione medico-paziente sono: 1) sviluppare una buona relazione

⁷ Quando si affronta il tema della comunicazione umana la si può studiare in termini di: *sintassi*, concernente la trasmissione dell’informazione (problemi connessi ai canali, al rumore, ecc.); di *semantica*, che riguarda il significato della comunicazione; di *pragmatica* che studia il modo con cui la comunicazione influenza il comportamento umano (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967). In effetti, quando si parla di comunicazione, si può però fare riferimento anche ad una serie di funzioni, come quella *espressiva*, intesa come mezzo per segnalare stati d’animo, emozioni o intenzioni o quella *rappresentativa* o *referenziale*, in cui si utilizza la comunicazione per informare gli altri su oggetti o avvenimenti lontani nello spazio o nel tempo (Farné, Giovanelli, 1991).

⁸ In termini assolutamente sintetici, gli assiomi studiati dalla Scuola di Palo Alto erano i seguenti: a) non si può non comunicare; b) ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed uno di relazione; c) la natura della relazione dipende dalla punteggiatura; d) la comunicazione avviene sia con un modulo numerico che analogico; e) le relazioni possono essere simmetriche o complementari; f) non si deve supporre che l’altro colga le stesse informazioni e le elabori come noi.

interpersonale atta a promuovere una solida alleanza di lavoro; 2) scambiare informazioni; 3) prendere decisioni rispetto al trattamento da effettuarsi (Ong et al., 1995).

Rispetto a tali scopi, alcune delle problematiche che possono emergere sono le seguenti:

Problematiche per il paziente	Problematiche per il medico
Scarsa partecipazione emotiva da parte del medico	Eccessiva enfasi emozionale da parte del paziente e/o dei suoi familiari
Insufficienza di informazioni fornite dal medico	Scarsa quantità e qualità delle informazioni fornite dal paziente
Insufficienza nella chiarezza e nella incisività delle informazioni fornite dal medico	Limitata comprensione delle informazioni da parte del paziente
Indicazioni terapeutiche dissonanti con la propria lettura della situazione di malattia	Scarsa adesione alla terapia da parte del paziente

Concludo citando le parole di Pierre Jean Cabanis. Medico francese nato nel 1757 e morto nel 1808, insegnò igiene e medicina interna all'École de médecine e scrisse alcune importanti opere sul rapporto esistente tra la medicina e l'etica. Parlando del medico affermò:

Che sappia medicare è poco, bisogna che sappia guarire. E per questo non ha meno bisogno di conoscere i diversi effetti delle impressioni morali che quelli dei rimedi o degli alimenti. È necessario che sia iniziato a tutti i segreti del cuore, che sappia opportunamente rimuovere tutte le fibre sensibili. Osservate i medici che guariscono di più, vedrete che sono quasi tutti uomini esperti nel trattare, nel volgere in qualche modo a piacer loro l'anima umana, a rianimare la speranza, a riportare la calma nelle immaginazioni sconvolte (Cabanis, 1790, cit. in Biancosino, Merini, 1993, p. 53).

BIBLIOGRAFIA

- BIANCOSINO B., MERINI A. (1993), *Le vicende del rapporto medico-paziente nel tempo*, in A. Merini, Euripilo e Patroclo, Editrice Clueb, Bologna, pp. 31-55.
- CENSIS (1989), *XXIII rapporto italiano sulla situazione sociale del Paese*, Franco Angeli, Milano.
- ENGEL G.L. (1977), *The need for a new medical model, a challenge for biomedicine*, Science, 196, pp. 129-136.
- FARNÉ M., GIOVANELLI G. (1991), *Psicologia*, Signorelli, Milano.
- GHETTI C., MERINI A. (1993), *Fare il medico*, in A. Merini, Euripilo e Patroclo, Editrice Clueb, Bologna, pp. 75-151.
- IMBASCIATI A. (2006), *Psicologia clinica: presente e futuro*, Rivista di Psicologia Clinica, www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero1/Imbasciati.htm
- MOJA E., VEGNI E. (2000), *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano.
- MORPURGO M. (1995), *Norma e compliance*, in V. Ghetti (a cura di), *La partecipazione del paziente al suo trattamento*, Franco Angeli, Milano.
- ONG L.M., DE HAES J.C., HOOS A.M., LAMMES F.B. (1995), *Doctor-patient communication: a review of the literature*, Social Science and Medicine, 40, pp. 903-918.
- ROTER D., STEWART M., PUTNAM S., LIPKIN M., STILES W., INUI T.S. (1997), *Communication patterns of primary care physicians*, Journal of the American Medical Association, 277, pp. 350-356.
- SZASZ T. S., HOLLENDER M. H. (1956), *A contribution to the philosophy of medicine*, Archives of Internal Medicine, pp. 585-92.
- TAIDELLI G. (1995), *I fattori individuali come motivazione alla non-compliance*, in V. Ghetti (a cura di), *La partecipazione del paziente al suo trattamento*, Franco Angeli, Milano.
- TATARELLI R., DE PISA E., GIRARDI P. (1998), *Curare con il paziente: metodologia del rapporto medico-paziente*, Franco Angeli, Milano.
- VOLPI C. (1987), *Formazione politica ed educazione permanente*, in: Atti del convegno "Informazione e metodo per una azione sociale", Roma.
- WATZLAWICK P., BEAVIN J.H., JACKSON D.D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, trad. it. Astrolabio, Roma, 1971.