

Il processo comunicazionale medico paziente: Frames semantici e network interpretativi. Un approccio qualitativo.

Pietro Rutelli, Barbara Barbieri

Obiettivo generale della ricerca azione e contesto teorico metodologico

L'obiettivo generale di questo contributo, concerne la descrizione qualitativa dei *pattern* emersi dall'analisi delle 32 produzioni testuali oggetto di indagine della ricerca.

Sono state pertanto valutate le modalità più frequenti attraverso le quali i protagonisti del processo comunicativo hanno sviluppato la loro interazione discorsiva. Tali interazioni assumono diversi significati in rapporto alla qualità delle narrazioni e dei copioni che animano il processo comunicazionale. La prospettiva adottata dalla nostra analisi si propone di valutare alcune differenze o tipicità corrispondenti al processo narrativo rispetto alle diverse patologie ed in particolare tra le patologie definibili biologicamente degenerative/insanabili o curabili/reversibili. Il contesto narrativo da noi scelto corrisponde al piano *della comunicazione di crisi*, ovvero ad un particolare piano della comunicazione dove i protagonisti sono coinvolti, nei rispettivi ruoli, nell'affrontare e gestire sul piano cognitivo ed emozionale, *frames* mutevoli sul piano delle aspettative.

La comunicazione di crisi si colloca in un contesto di patologia grave e la malattia, comunicata e percepita, richiede una adeguata formazione psicologica del personale medico (Erba, Rutelli 1975). Lo stato di malattia è stato studiato da vari autori che hanno descritto, sul piano clinico e fenomenologico l'attitudine intima dell'uomo di fronte a questa particolare condizione (Delgado 1960), correlando tra loro le funzionalità cognitive ed emozionali. Inoltre Minkowsky (1933) ricorda come "*l'urto causato dall'essere malato produce un tempo d'arresto, e come ogni urto, la situazione così determinata postula o anche comporta automaticamente una presa di posizione da parte della persona umana: l'esistenza è ora messa in causa*". La malattia attiva dunque un meccanismo complesso che porta la persona *ferita* ad attraversare un nuova dimensione della propria esistenza, caratterizzata dalla presenza contemporanea e ambivalente di tempi d'arresto e tempi di fuga di fronte all'evento patologico. L'informazione di crisi che entra nel sistema delle cognizioni e delle emozioni, provoca processi ambivalenti, sovente contraddittori in quanto l'informazione di malattia distorce e reinterpreta i modelli e gli schemi delle percezioni auto ed etero dirette. Inoltre il corpo può essere interpretato come un interfaccia tra i vissuti psichici (intra ed inter

psichici), come un'area di confine e di accesso tra il mondo interiore ed il mondo di relazione. Boss (1959) ricorda infatti che il corpo rappresenta uno dei luoghi di passaggio della costruzione dei rapporti con il mondo esterno. Ajuriaguerra (1962) ha descritto come il rifiuto o l'accettazione non siano mai dei processi riducibili alla sola verbalizzazione, o alla sola ideazione, o alla sola affettività, quanto anche e contemporaneamente la rappresentazione psicosomatica e somato-psichica di un *corpo che dona* e di un *corpo che rifiuta*. La malattia è il luogo che rende oggettivo tale processo nella versione dell'interruzione, della frattura, della distorsione di tutto ciò che è sensazione, funzione, significato, relazione (Gentili, 1965), riproponendo mappe cognitive ed affettive nell'ottica delle reazioni difensive. Ravasini (1979, pag. 80-82) al riguardo identifica opportunamente le prevalenti risposte del paziente alla condizione di ospedalizzazione, descrivendo specifici aspetti psico-emotivi del vissuto di malattia. L'autore parla della *regressione di fronte alla malattia*, della *formazione reattiva aggressiva e proiettiva* e della *negazione della realtà*. È evidente pertanto che non si può parlare di informazione di crisi ma di gestione del processo di informazione della crisi. I soggetti coinvolti co-costruiscono il processo comunicazionale a partire dalle dinamiche di modellamento dei piani della comunicazione, modificando costantemente l'equilibrio tra contenuti e relazioni, tra razionalità ed emotività, tra aspetti dell'identità e dei ruoli in gioco. Franco Fornari (1998) descriveva il processo di comunicazione come "uno scambio di doni all'interno di mura comuni". In questo contesto la comunicazione di crisi necessita non solo di un'attenzione sulla qualità e quantità dello scambio delle informazioni tra i protagonisti in gioco, quanto in particolare rispetto al processo di definizione e sviluppo della qualità delle *mura comuni* tra tutti coloro che partecipano al gioco dello scambio. Il sistema comunicazionale non è pertanto solo un sistema di relazione a due (medico - paziente) ma si costituisce dall'insieme delle relazioni multiple che coinvolgono gruppi professionali e familiari, sia rispetto alla gestione dei dati, delle informazioni e delle comunicazioni (Rutelli, 2004). In questo contesto ogni contenuto e relazione esplicitata e agita, subisce, nel processo comunicazionale, evidenti processi di selezione e amplificazione dei messaggi che trasformano il dato in informazione in quanto ne elaborano il senso e il significato. Inoltre le informazioni elaborate dai singoli e dai gruppi entrano nel circuito comunicazionale animando continui processi di codifica e decodifica dei messaggi adattando il cosa (contenuto) e il come (relazione) non solo alle esigenze professionali del dato clinico obiettivo, ma anche in relazione al gioco delle aspettative, implicite ed esplicite, formali ed informali, cosce ed inconse, di tutti gli attori in gioco, nessuno escluso. Sulla base di queste premesse, lo scopo specifico delle analisi da noi condotte è stato quello di reperire e descrivere il senso e il significato degli elementi costitutivi delle possibili *mura comuni* che costituiscono il tessuto narrativo condiviso tra i protagonisti pur nelle differenze di identità e ruolo, sia in relazione a

dimensioni funzionali che disfunzionali del processo comunicativo. Tali elementi costitutivi vengono da noi definiti come un vero e proprio network semantico capace di costruire un alfabeto, una grammatica, inscritta in una prosa narrativa che anima l'incontro tra i protagonisti. Al fine di facilitare il lettore rispetto alla individuazione e comprensione del valore delle costituenti del network semantico, abbiamo selezionato sei prospettive che emergono come *frames* capaci di esplicitare la grammatica e la semantica delle identità e dei ruoli. Per identità ci riferiamo alle costituenti dei bisogni, delle aspettative, delle speranze, delle motivazioni, dei desideri espressi dai soggetti in gioco (sanitari, pazienti e familiari); mentre per ruolo ci riferiamo alle costituenti degli obiettivi, delle competenze, delle prestazioni, delle procedure professionali e dei risultati delle pratiche sanitarie attivate e ricevute dai soggetti in gioco (sanitari, pazienti e familiari). È evidente che i pazienti sono prevalentemente coinvolti nel gioco comunicazionale a partire dalla dinamica delle loro identità, ma vengono interfacciati dal personale medico anche a partire dalle componenti di ruolo dei medesimi. Questa relazione a volte funzionale a volte disfunzionale, come premesso, è contemporaneamente attiva tra le dimensioni delle identità e dei ruoli e viene giocata nel processo narrativo e descritta attraverso il network dei *frames* semantici. Al fine di comprendere la natura degli eventi che caratterizzano il sistema comunicazionale di crisi relativamente alla ricerca qualitativa da noi condotta, abbiamo predisposto una articolata serie di frames (cornici semantiche), che in un processo sistemico si connettono tra di loro costituendo il network semantico dei significati attribuiti dai partecipanti al loro processo narrativo. I frames sono così articolati:

1. Soggetti della comunicazione e loro modalità di relazione;
2. Variabili di influenza del sistema comunicazionale;
3. Individuazione e differenziazione delle tipologie di malattia;
4. Dinamica delle necessità/esigenze espresse dai pazienti e dalla famiglia;
5. Dinamica dei ruoli del personale medico;
6. Tipologie qualitative dei fenomeni comunicazionali.

Risulta evidente che questi 6 frames costituiscono un sistema coerente di lettura ed interpretazione delle prospettive di analisi comunicazionale della relazione di crisi e consentono a posteriori, di disporre, da parte del personale sanitario, di una metodologia che guida l'essere e fare comunicazionale tenendo conto di presupposti funzionali relativamente alla qualità del risultato. Intendiamo sottolineare che le modalità di relazione, le variabili di influenza, la specificità delle patologie in gioco, le esigenze del paziente e delle famiglie, il ruolo del medico e i fenomeni comunicazionali attivi, costituiscono tra loro i predittori di una comunicazione di qualità o i predittori di un insuccesso nella comunicazione. Disponiamo pertanto di un modello interpretativo dei fenomeni più significativi e della loro modalità di gestione efficace, ma contemporaneamente disponiamo anche di un'ipotesi di processo che potrà

agire dinamiche funzionali o disfunzionali a partire dalla competenza e maturità professionale del sanitario.

Al fine di meglio comprendere il significato di queste 6 dimensioni, ne articoliamo una definizione:

1. **Soggetti della comunicazione e loro modalità di relazione:** ci riferiamo alle modalità di relazione che si animano tra il medico e gli altri protagonisti dell'atto comunicativo, siano essi il paziente o la famiglia, e descrivono la qualità della relazione, sia essa diretta che indiretta, ovvero mediata da un soggetto terzo (amico, familiare).

2. **Variabili di influenza del sistema comunicazionale:** ci riferiamo ad una complessa serie di variabili che influenzano la qualità del processo di comunicazione, e che pertanto giocano un ruolo significativo nella prassi operativa. Sono variabili di influenza il tempo della comunicazione, il ruolo del medico, gli obblighi del medico, le esigenze del paziente e la tipologia della malattia.

3. **Individuazione e differenziazione delle tipologie di malattia:** ci riferiamo al fatto che la specificità delle patologie gioca, sul piano del processo di trasmissione e ricezione dei messaggi, un peso rilevante in termini di selezione ed amplificazione degli stessi. La dinamica fantasmatica, regressiva, proiettiva, e quindi difensiva, determina, nella modalità di percezione ed elaborazione del trasmettitore e del ricevente, connotati e denotati che assumono significati costitutivi della prospettiva del tempo futuro rispetto alla dinamica di reversibilità/irreversibilità dei processi patologici.

4. **Dinamica delle necessità/esigenze espresse dai pazienti e dalla famiglie:** ci riferiamo al complesso delle principali esigenze che i pazienti e le loro famiglie rendono esplicite nel processo comunicazionale in termini di aspettative da parte del personale sanitario. Si tratta, sul piano pratico, di richieste di informazioni relative alla comprensione delle gravità della malattia, di previsione dei cambiamenti fisici psicologici e sociali, nonché delle cause che possono determinare sia la possibilità di vita che la qualità della stessa. Inoltre tale processo può animarsi in risposta alle esigenze del paziente, sia in termini di ruolo funzionale o disfunzionale del personale medico.

5. **Dinamica dei ruoli del personale medico:** ci riferiamo agli stili di gestione che il medico può proporre ed agire relativamente alla dinamica delle aspettative del paziente, sia in termini di cultura della competenza, che della rassicurazione o della condivisione e rifiuto. Il paradigma possibile prevede la dinamica della dipendenza (genitore protettivo – bambino dipendente), quella della controdipendenza (genitore valutativo – bambino oppositivo), quella del conflitto spostato (aspettativa tecnicistica rassicuratoria) e quella dell'interdipendenza (patto diagnostico terapeutico condiviso tra medico e paziente).

6. **Tipologie qualitative dei fenomeni comunicazionali:** ci riferiamo ai diversi fenomeni che costituiscono la qualità del processo comunicazionale, con particolare riferimento ai tempi della comunicazione che gli attori in gioco riservano a se stessi per favorire sia la dimensione della comprensione della malattia che delle strategie terapeutiche. Il dato è tradotto in informazioni e le informazioni sono gestite in un processo di comunicazione, finalizzate a razionalizzare la gestione dell'evento di crisi, ed il contenimento emozionale dell'evento attraverso adeguati processi di elaborazione.

Risultati della ricerca azione

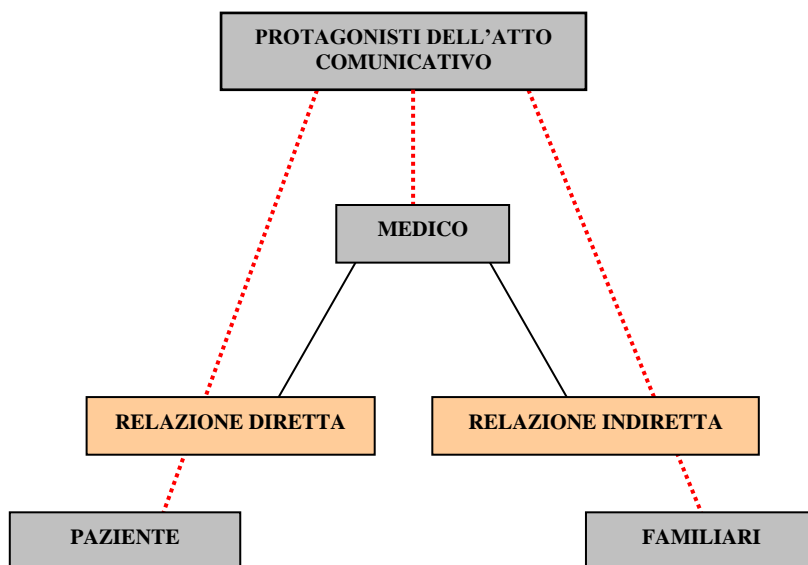
Presentiamo ora i frames semantici emersi dall'analisi qualitativa dei 32 protocolli testuali.

I protagonisti dell'atto comunicativo sono tre:

- il medico
- il paziente
- la famiglia.

Primo Frame: Soggetti della comunicazione e loro modalità di relazione.

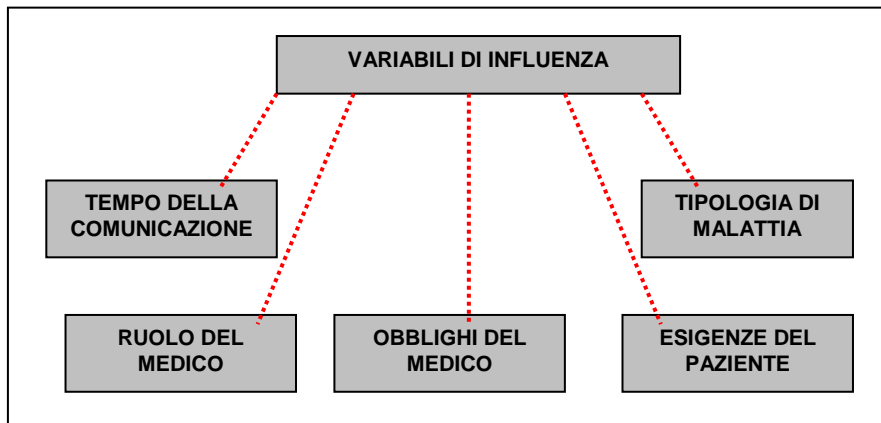
Le relazioni possibili che caratterizzano tutte le narrazioni sono di due tipi, una relazione diretta, che prevede come protagonisti il medico e il paziente; e una relazione indiretta che vede come protagonisti il medico e la famiglia del paziente. In questo secondo caso il paziente è impossibilitato a ricevere direttamente la notizia o per condizioni invalidanti nel caso in cui sia tratta di minore:



Dall'analisi testuale emerge che nel processo di comunicazione si costruiscono due universi semantici diversi per tempi, ruoli e contenuti espressi. Gli attori di questo processo possono essere tre sebbene la relazione sia sempre agiata da due persone. La scena esplicita è pertanto animata sempre dal ruolo del medico e del paziente, ma quella implicita, resa esplicita dalla narrazione parla della relazione indiretta tra medico e famiglia del paziente. In tutti i casi esaminati tutti gli attori evocano nel processo di comunicazione contenuti, obblighi, necessità ed esigenze, aspettative differenti ma sempre riconducibili a questi tre ruoli.

In conclusione possiamo affermare che l'analisi della modalità di relazione del medico si posiziona sempre su di un continuum relazione diretta versus relazione indiretta con il paziente e la sua famiglia. È proprio sullo svolgersi di questo continuum che si stipula tra i protagonisti dell'atto comunicativo la co-costruzione delle dinamiche di fiducia e di interdipendenza, o di dipendenza o di conflitto spostato.

Secondo frame: le cinque variabili di influenza del sistema di comunicazione.



Abbiamo individuato al riguardo cinque principali variabili che definiscono in modo specifico le modalità dei processi di influenzamento: il tempo della comunicazione, il ruolo del medico, gli obblighi del medico, le esigenze del paziente e le tipologie di malattia. Queste variabili influenzanti la co-costruzione delle dinamiche di fiducia e interdipendenza rivestono un ruolo molto rilevante soprattutto nella proposta e sviluppo della relazione più matura di reciproca interdipendenza tra medico e paziente. Questa tipologia di

relazione favorisce lo sviluppo efficace di un patto diagnostico e terapeutico dove il paziente elabora ed assume livelli maturi/adulti di autonomia e iniziativa. In particolare rispetto agli obblighi di ruolo del medico e alla definizione ed esercizio delle sue strategie professionali va detto che ha l'obbligo e la necessità di comunicare al paziente e in subordine alla sua famiglia lo stato di malattia, di descriverla, di indicare possibili terapie e strategie di intervento. Le modalità per assolvere a questi obblighi possono essere più o meno funzionali nel determinare un rapporto di fiducia tra il medico e il paziente.

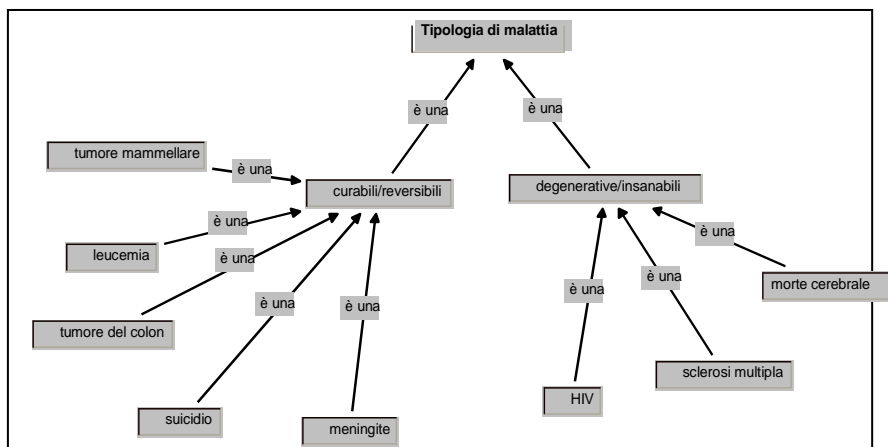
Terzo frame: Individuazione e differenziazione delle tipologie di malattia

Dall'analisi dei casi le patologie possono essere divise in due grandi macrocategorie:

- le malattie definite come curabili/reversibili (tumore mammellare, leucemia, tumore del colon, tentato suicidio, meningite);
- le malattie definite degenerative/insanabili (HIV, sclerosi multipla, morte cerebrale).

La tipologia della malattia, determinando le aspettative di vita/morte e la qualità di vita futura, influenza il processo di comunicazione che viene determinandosi tra medico e paziente:

Questa duplice dimensione (reversibile/insanabile) influenza in modo rilevante la prospettiva del tempo futuro e la relazione di fiducia-interdipendenza tra paziente e medico. In questa prospettiva lo sviluppo del processo comunicazionale non può essere animato solo attraverso informazioni tecniche ma richiede anche un contenuto-orientamento della dimensione emozionale del paziente e della sua famiglia rispetto alla elaborazione del lutto.



Quarto frame: dinamica delle necessità/esigenze espresse dai pazienti e dalle famiglie.

Il paziente ha la necessità di comprendere nell'immediato la dimensione della gravità della patologia che gli viene comunicata in termini di possibilità di vita, e dei cambiamenti che il suo organismo dovrà affrontare. La dimensione del qui ed ora si caratterizza sovente con i criteri dell'allarme e della crisi in quanto queste informazioni influenzano lo stile e la qualità della sua vita nel presente e nel futuro.

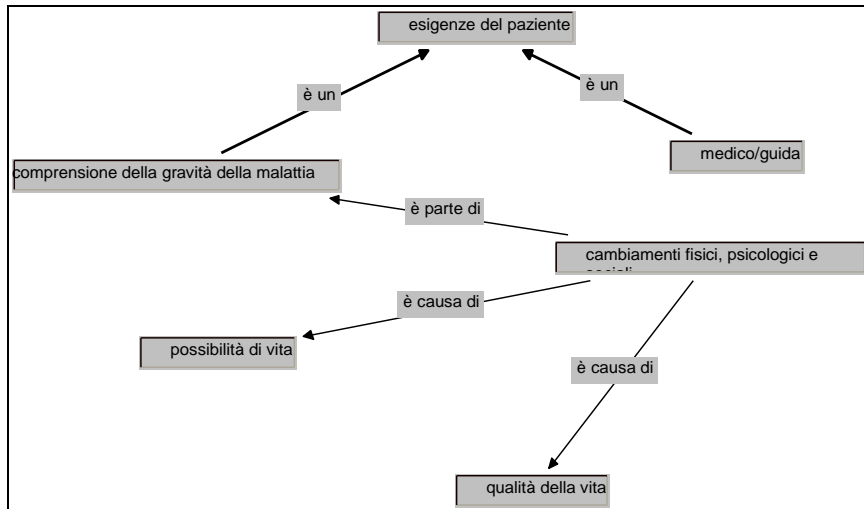
Nel caso in cui la notizia non possa essere comunicata al diretto interessato perché si tratta di un minore o di un paziente non in grado di intendere, è la famiglia o un membro di questa a doversi far carico di scelte terapeutiche. Il problema che spesso si presenta è la richiesta esplicitata al medico di essere di supporto alla famiglia, in quanto la malattia diventa un evento familiare.

Ci sono malattie che più di altre determinano e prevedono una presa in carico dell'intero nucleo familiare da parte dei medici curanti. Per motivi terapeutici diversi la famiglia viene coinvolta ma si presentano diversi livelli di aspettative e modalità comunicazionali.

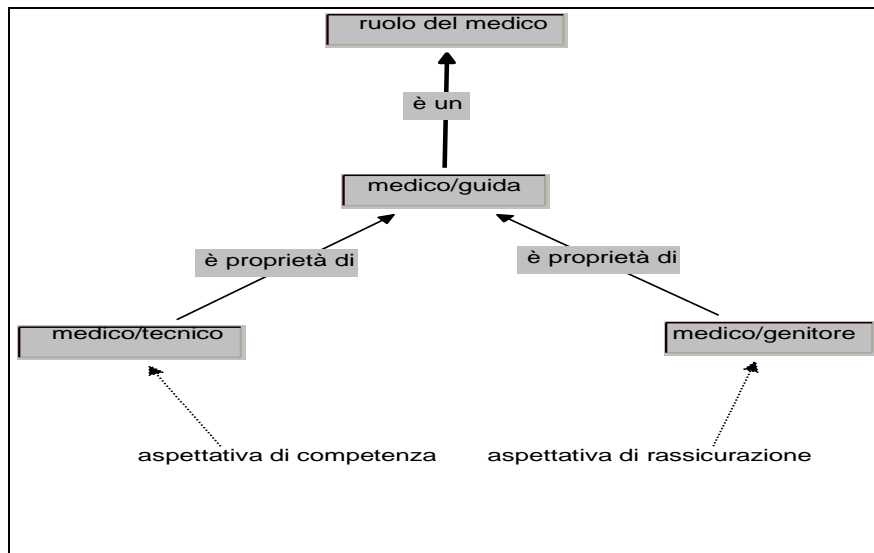
Nell'analisi dei testi rispetto agli otto casi clinici studiati, emerge che il sistema familiare è più coinvolto che non negli altri casi in presenza della comunicazione di crisi del tentato suicidio, del HIV, della meningite e leucemie infantili. Di seguito rendiamo conto dei principali dati emersi in questi contesti.

- ⇒ **Tentato suicidio**, questo tipo di condizione porta generalmente con sé disagi di tipo familiare; è ancora oggi associata alle malattie mentali, pertanto è spesso rifiutata, negata. In questo caso il medico si trova a dovere gestire non solo gli aspetti clinici ma anche il disagio familiare determinato sovente da circostanze di relazione tra i membri del sistema familiare che sono causa o concausa o anche effetto del processo diagnostico e terapeutico con il quale il medico si confronta.
- ⇒ **HIV**, anche in questo caso siamo di fronte ad una malattia connotata *socialmente* ovvero associata a promiscuità sessuale o tossicodipendenza, pertanto di difficile gestione. Anche in questo caso siamo di fronte ad una malattia che determina a breve e a lungo termine cambiamenti importanti nel sistema familiare (omosessualità vissuta ma negata, altro..).
- ⇒ **Leucemia e Meningite infantile** in questi due casi clinici, risulta fondamentale la gestione congiunta del medico e dei familiari dell'evento clinico. Trattandosi infatti di bambini – pazienti, diventa primaria l'esigenza di rendere al piccolo paziente quanto più normale possibile l'ospedalizzazione e le relative cure.

L'aspettativa funzionale nei confronti del medico è sempre di tipo tecnico e relazionale, il medico deve essere una guida, in grado non solo di spiegare tecnicamente la malattia ma anche in grado di fornire rassicurazioni.



Quinto frame: dinamica dei ruolo del personale medico



Il ruolo del medico appare molto diffuso nella tipologia del medico guida. Tale prospettiva si articola però in due dimensioni: la prima a carattere rassicuratorio protettivo come medico padre-madre nei confronti del quale il paziente si rivolge per ottenere rassicurazioni e protezioni, la seconda a carattere tecnico specialistico nei confronti del quale il paziente si rivolge per ottenere informazioni a contenuto prevalentemente medico-clinico-chirurgico.

Sesto frame: tipologie qualitative dei fenomeni comunicazionali.

La qualità del tempo della comunicazione riveste un ruolo fondamentale per la comprensione del processo comunicazionale. Il medico ha sempre un ruolo attivo per ruolo e competenza tecnico specialistica. Perché il processo funzioni, ovvero si riesca ad instaurare un rapporto di fiducia rassicuratorio o di interdipendenza tra medico e paziente che possa evolvere nella reciproca intesa e fiducia è necessario che il medico e il paziente giochino entrambi un ruolo attivo nel processo comunicazionale, evitando di riservare al paziente prevalentemente un ruolo passivo dipendente e al medico un ruolo prevalentemente tecnico specialistico di mera trasmissione di informazioni. Perché ciò possa realizzarsi è necessario che i medici conoscano le principali regole del processo di comunicazione per garantire:

- ⇒ Una capacità di gestione di spazi e tempi che risultino equilibrati nei feedback
- ⇒ Una comprensione dei ritmi comunicativi che favorisca l'elaborazione dei contenuti e delle reazioni alla comunicazione di crisi.

Abbiamo riscontrato l'esistenza di due spazi temporali differenti, lo spazio del medico e lo spazio del paziente.

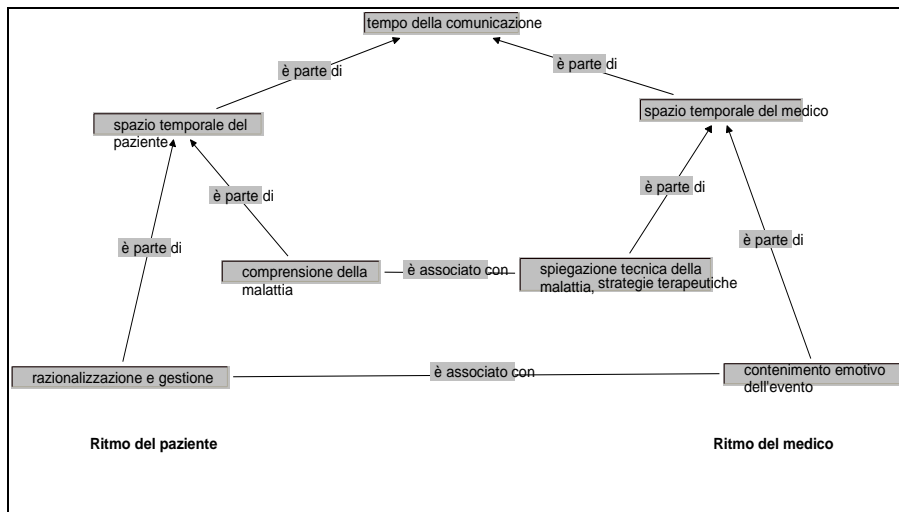
Abbiamo attribuito a questi spazi due livelli, uno di contenuto e l'altro di relazione. L'ipotesi che emerge è che il processo di comunicazione vada a buon fine se c'è corrispondenza per quanto riguarda i tempi di permanenza in ciascuno di questi livelli da parte dei due attori in gioco:

- ⇒ primo livello (**contenuto**): spiegazione tecnica della malattia, strategie terapeutiche da parte del medico; comprensione della malattia da parte del paziente;
- ⇒ secondo livello (**relazione**): contenimento emotivo dell'evento da parte del medico; razionalizzazione e gestione dell'evento da parte del paziente.

A seconda del tipo di patologia comunicata, i tempi di permanenza in ciascuno di questi livelli cambiano considerevolmente (non a caso i colloqui inerenti la morte cerebrale sono i più brevi: l'esigenza del familiare sembra essere quella di capire prima con gli occhi che con l'udito ciò che è accaduto al congiunto. L'esperienza sensoriale per razionalizzare l'evento è visiva, in tutti e 4 i casi).

È il medico a dover prestare maggiore attenzione ai ritmi del paziente e ad adeguare i suoi.

(Nei casi HIV, Suicidio, Morte cerebrale, il medico lascia molto spazio comunicativo al paziente, guida e si lascia guidare).



Sintesi degli orientamenti emersi

Utilizzando i sei *frames* che connotano il network semantico dei significati attribuiti dai partecipanti al loro processo narrativo, proponiamo una sintesi di uno specifico modello di comunicazione tra medico e paziente nel contesto della comunicazione di crisi. Questo modello è costituito da sette enunciati così sintetizzabili:

1. il medico assume prevalentemente il ruolo di trasmettitore che non quello di ricevente;
2. il paziente assume prevalentemente il ruolo di ricevente che non quello di trasmettitore;
3. il medico è percepito e designato prevalentemente nel ruolo di colui che descrive la malattia, deve farla accettare e descrive le terapie, aiutando il paziente a comprendere la malattia e a saperla accettare;
4. perché il processo comunicativo abbia un esito positivo, ovvero sia in grado non solo di veicolare informazioni ma anche di costruire una relazione efficace e solidale (patto diagnostico terapeutico) tra medico e paziente è necessario che il medico trasmetta le informazioni utilizzando alcune regole nel processo comunicazionale, regole che potremmo definire prototipiche per la gestione di un'efficace comunicazione di crisi. Queste regole possono essere così declinate:

- **dare un ordine alle informazioni** nell'esposizione per garantire sia la condivisione del senso che la elaborazione delle tensioni emozionali; l'ordine di enunciazione delle informazioni da parte del medico non è a priori ma è correlato alla qualità del processo di reazione da parte del paziente e alla sua capacità di elaborare senso.

- **definire la quantità di informazioni trasmesse gradualizzandole**, scandendo il processo di comunicazione per fasi. È opportuno che preventivamente il medico definisca un'ipotesi del ciclo di comunicazione articolandolo in: fase di avvio; prime informazioni, condivisione e consolidamento della prima fase; nucleo centrale delle informazioni, condivisione e consolidamento della fase centrale; fase di chiusura, condivisione e consolidamento delle prospettive, chiusura. Queste fasi ancorché essere predittivamente definite, verranno fornite con flessibilità, tenendo conto della qualità del processo sia in termini di contenuto che di relazione.

- **Fornire le informazione tecniche e scientifiche con criteri di pertinenza e validità.** La trasmissione delle informazioni tecnico scientifiche dovrà sempre essere validata e supportata da documentazione che ne comprovi l'affidabilità e la credibilità scientifica al fine di evitare processi interpretativi e distorsivi da parte del paziente e della sua famiglia. Non sono in gioco le opinioni soggettive del medico o del paziente ma i dati di riscontro diagnostici e terapeutici che, per valori assoluti o statistici orienteranno la costruzione delle ipotesi diagnostiche e terapeutiche da condividere con il paziente. Proponiamo di distinguere tra opinioni e vissuti soggettivi. I vissuti sono leciti, fisiologici e non orientabili in senso cognitivo, bensì elaborabili in senso emozionale e cognitivo. Le opinioni invece hanno un preciso significato ideativo e si costruiscono, funzionalmente o disfunzionalmente, a partire o da pregiudizi o da dati scientifici che ne suffraghino il senso.

- **Verificare la chiarezza delle informazioni trasmesse** attraverso un costante utilizzo del feedback da parte del medico. La qualità delle informazioni trasmesse è in gran parte determinata dai processi di decodifica del paziente e non dai messaggi codificati da chi li trasmette. Non è sufficiente l'intenzione del trasmettitore per garantire la qualità dell'informazione codificata dal ricevente. A tal fine un costante e reciproco utilizzo del feedback favorisce la chiarezza e la condivisione delle informazioni trasmesse.

5. Il medico è un utilizzatore di strategie comunicative che possono funzionalmente o disfunzionalmente promuovere nel paziente dinamiche elaborative o difensive. Si tratta di una duplice prospettiva gestita dal medico e declinata in chiave funzionale allorché orienta le proprie informazioni focalizzandole sia verso processi rassicuratori e realistici, mostrando disponibilità, apertura e condivisione che verso processi che declinano nel contenuto informazioni ansiogene e luttuose che richiedono una elaborazione del sentimento di realtà.

La prospettiva disfunzionale si determina nel processo di comunicazione quando il medico, sottovalutando la qualità emozionale e cognitiva delle reazioni dell'interlocutore, fa un ampio ed ambivalente ricorso a statistiche, utilizzate impropriamente come strumento di rassicurazione irrealistica, provocando paradossalmente interpretazioni e distorsioni che aumentano il grado di ansia e scompensano nel paziente e nei familiari.

6. Il paziente reagisce alle informazioni ricevute dai medici con proprie strategie (consapevoli e inconsapevoli) che possono funzionalmente o disfunzionalmente orientare la qualità e la tipologia dei processi di comunicazione e risposta. I dati raccolti depongono per l'individuazione di quattro modelli di risposta conversazionale agiti dal paziente che sono perfettamente coerenti con il paradigma interpretativo delle relazioni medico-paziente da noi proposto:

- **Modello della dipendenza:** il paziente percepisce un elevato grado di relazionalità emotivamente rassicurante agita dal medico. Questo copione e modalità narrativa del medico provoca e consolida nel paziente una richiesta di dipendenza, a volte acritica. Il copione agito dal paziente è orientato ad implementare il proprio vissuto di sicurezze e certezze di poter dipendere da ruoli percepiti emozionalmente come efficienti ed efficaci nella gestione dei suoi problemi. Il paziente è come un bambino dipendente che interagisce con un genitore protettivo che si fa carico dei suoi problemi e contenitore delle sue ansie.

- **Modello della contro-dipendenza:** il paziente reagisce alla comunicazione di crisi (informazione di malattia) con una risposta di rifiuto della stessa, la realtà lo disorienta sul piano emozionale e cognitivo, è carente il livello elaborativo del lutto e della ferita narcisistica inferta dalla malattia alle proprie sicurezze esistenziali. La risposta comportamentale determina una semplificazione o negazione/rimozione del test di realtà. Questo processo difensivo si concretizza con una proiezione, da parte del paziente, del proprio disagio interiore (ansia e angoscia) non sulla motivazione ad elaborare una matura consapevolezza di malattia, ma sulla inadeguatezza

professionale del medico, sulla inefficienza delle strutture sanitarie e complessivamente sul fatto che chi comunica l'informazione di crisi non è all'altezza di ciò che comunica. Esiste una perfetta corrispondenza tra il rifiuto della propria malattia e un sentimento di frustrazione e di profondo malessere collocato nella relazione con il medico e le strutture sanitarie.

- **Modello del conflitto spostato:** il paziente reagisce alla comunicazione di crisi (informazione di malattia) elaborandola riducendo al minimo il proprio coinvolgimento emotivo e spostando qualunque processo elaborativo del lutto e della relativa ferita narcisistica, sul piano della compensazione razionale. Il paziente tende ad implementare infatti e rendere ridondanti qualunque raccolta di informazioni, che possano compensare coattivamente l'ansia e l'angoscia emozionale specifica del vissuto di malattia. La continua reiterazione di domande e di richiesta di informazioni, allo stesso medico o a più medici, è una sorta di analgesico rispetto al dolore emotivo vissuto e dal quale tende ad allontanarsi. Questa continua richiesta di informazioni tecniche si presenta contemporaneamente con due possibili alternative comunicazionali e relazionali che possono esitare nei processi sopra descritti: quello della dipendenza o quello della controdipendenza. Nel primo caso la forte richiesta di informazioni tecniche e la conseguente offerta delle stesse da parte del medico, provoca nel paziente una scelta di dipendenza rassicurante che si traduce in un affidarsi al medico ritenuto competente e portatore di certezze. Siamo nello stereotipo del ruolo onnipotente del medico e in quello del paziente che delega la propria condizione e la propria aspettativa di benessere al medico. Nel secondo caso la forte richiesta di informazioni tecniche esita, da parte del medico, non in una offerta rassicuratoria, bensì in risposte vissute dal paziente come tecnicamente ambivalenti, incerte, disorientanti e percepite come inadeguate. Sulla base di queste valutazioni il paziente mette in essere da un lato un giudizio di inadeguatezza del suo interlocutore, rompendo con lui il legame tecnico professionale, e dall'altro agendo una fuga in direzione di nuovi medici e nuove strutture sanitarie. Sovente questa ricerca di nuovi interlocutori consente il vantaggio secondario di riproiettare coattivamente lo spostamento del conflitto, specifico della razionalizzazione del vissuto di malattia, in assenza di una sua elaborazione anche emotiva.

- **Modello dell'interdipendenza:** l'informazione di crisi è in questo caso elaborata sia emozionalmente che cognitivamente ed il paziente conquista un livello evoluto della rappresentazione di sé. Le informazioni acquisite e le modalità efficaci attraverso le quali si è andata stipulando la relazione con il medico hanno favorito uno scambio

narrativo che ha co-costruito un terreno reciproco e solidale nel quale il test di realtà ha promosso una rappresentazione di sé legata ad un progetto che chiamiamo *patto diagnostico e terapeutico*. Questo patto si traduce in valutazioni e comportamenti progressivi nei quali il medico, il paziente e la sua famiglia, condividono una partecipazione attiva sulle fasi e le tappe di un cammino nel quale non è né idealizzata la guarigione né rimossa la malattia. I processi di comprensione e di categorizzazione del senso e del significato degli eventi emergono da un costante processo di feedback degli attori in gioco che divengono autori e non solo attori del processo comunicazionale-narrativo. Il processo di interdipendenza va costantemente alimentato dallo scambio dei feedback al fine di mantenere attivo e produttivo il terreno della condivisione.

7. La tipologia di malattia influenza la relazione con il medico. Di non secondaria importanza è la presa d'atto che la tipologia della malattia influenza in modo rilevante la qualità del processo di relazione. Intendiamo sottolineare come le patologie comunicate, a seconda se comunicate in un contesto di patologie curabili e reversibili, o degenerative e insanabili, richiedono una attenzione strategico- comunicazionale da parte del medico. Non è però solo la tipologia del cosa comunicare (informazione di patologia degenerativa o curabile) che influenza il processo comunicazionale ma anche il come comunicare, aspetto del quale si è ampiamente sin qui parlato. In sintesi è però rilevante, ai fini di un efficace processo comunicazionale, che il medico si informi sulla tipologia culturale del suo interlocutore, sulla sua scala di valori esistenziali, sul suo stile di vita, e complessivamente formuli un'ipotesi di comunicazione di crisi coerente con le probabili risposte dell'interlocutore. Nulla va taciuto in un contesto di "consenso informato", ma è evidente la responsabilità del medico nello sviluppo delle sue competenze comunicazionali che presiedono alla gestione efficace dei processi di comunicazione di crisi.

Conclusioni

Proponiamo ora una sintesi qualiquantitativa dei principali orientamenti offerti dal medico e dal paziente nel processo comunicazionale. Per quantificare tali orientamenti sono state utilizzate specifiche categorie conversazionali.

La tabella n. 1 consente di avere un quadro di insieme dei criteri conversazionali utilizzati per ottenere una misura degli orientamenti razionalizzati per categorie.

Di seguito esemplifichiamo le categorie conversazionali utilizzate e i relativi criteri di misura.

- *Utilità funzionale* quando gli attori del processo comunicazionale agiscono prevalentemente nella direzione della co-costruzione di un processo di accordo e condivisione rispetto alle informazioni in gioco siano esse specifiche della descrizione della diagnosi che della terapia.
- *Utilità disfunzionale* quando gli attori del processo comunicazionale agiscono prevalentemente nella direzione della mancata co-costruzione di un processo di accordo e condivisione rispetto alle informazioni in gioco siano esse specifiche della descrizione della diagnosi che della terapia.
 - *Ambivalenza* quando gli attori del processo comunicazionale agiscono in senso oscillatorio tra l'orientamento funzionale e disfunzionale non riuscendo a far prevalere l'uno sull'altro.
 - *Accordo funzionale* quando l'offerta di informazioni è gestita in termini di chiarezza espositiva, gradualità di esposizione e ordine logico.
 - *Accordo disfunzionale* quando l'offerta di informazioni è gestita in termini di ambiguità descrittiva, discontinuità di processo e disordine espositivo, ed anche in termini di quantità ridondante delle informazioni offerte.
 - *Relazioni e pattern comunicativi funzionali* in relazione ai modelli agiti dai soggetti in gioco in termini di elaborazione e gestione condivisa dell'evento in termini di interdipendenza.
 - *Relazioni e pattern comunicativi disfunzionali* in relazione ai modelli agiti dai soggetti in gioco in termini di elaborazione e gestione conflittuale dell'evento in termini sia di contro dipendenza che di conflitto spostato o di attesa/offerta protettiva in termini di dipendenza.

I dati consentono di cogliere alcuni orientamenti relativamente alla differenza riscontrata tra i processi di comunicazione propri delle patologie degenerative-insanabili che rispetto alle patologie curabili-reversibili.

Gli orientamenti prevalenti, nelle categorie conversazionali proposte dal medico sono così sintetizzabili:

- L'area della *diagnosi*: orientamento prevalente di tipo disfunzionale nelle patologie degenerative-insanabili; orientamento prevalente di tipo funzionale nelle patologie curabili-reversibili; orientamento prevalente di tipo ambivalente nelle patologie curabili-reversibili.
- L'area della *terapia*: orientamento prevalente di tipo funzionale nelle patologie curabili-reversibili; orientamento prevalente di tipo disfunzionale nelle patologie degenerative-insanabili; orientamento prevalente di tipo ambivalente nelle patologie curabili-reversibili.
- L'area delle strategie di costruzione *dell'accordo funzionale* evidenziano: orientamento prevalente nelle patologie curabili-reversibili in termini di

chiarezza delle informazioni; orientamento prevalente nelle patologie degenerative-insanabili in termini di ordine delle informazioni offerte; orientamento prevalente equilibrato in entrambe le patologie in termini di gradualità delle informazioni fornite.

- L'area delle strategie di costruzione *dell'accordo disfunzionale* evidenziano: orientamento prevalente nelle patologie curabili-reversibili in termini di ambiguità e ridondanza delle informazioni fornite; orientamento prevalente nelle patologie degenerative-insanabili in termini di disordine delle informazioni fornite; orientamento prevalente equilibrato in entrambe le patologie in termini di discontinuità delle informazioni fornite.
- L'area delle *relazioni e pattern comunicativi funzionali* evidenziano: orientamento prevalente nelle patologie degenerative-insanabili in termini di elaborazione e gestione condivisa dell'evento – interdipendenza.
- L'area delle *relazioni e pattern comunicativi disfunzionali* evidenziano: orientamento prevalente nelle patologie degenerative-insanabili in termini di offerta di protezione e dipendenza da parte del medico; orientamento prevalente nelle patologie curabili-reversibili in termini di offerta tecnica-conflitto spostato da parte del medico.

Gli orientamenti prevalenti, nelle categorie conversazionali proposte dal paziente sono così sintetizzabili:

- L'area delle *relazioni e pattern comunicativi funzionali* evidenziano: un relativo equilibrio nelle diverse patologie in termini di elaborazione e gestione condivisa dell'evento – interdipendenza.
- L'area delle *relazioni e pattern comunicativi disfunzionali* evidenziano: orientamento prevalente nelle patologie curabili-reversibili in termini di rifiuto malattia – contro dipendenza e richiesta di dipendenza e protezione.
- Il paziente sembra pertanto ingaggiare con il medico una richiesta con esiti disfunzionali soprattutto nelle aree delle patologie curabili-reversibili, come a significare un suo maggiore investimento cognitivo ed emozionale nel contesto delle patologie con maggiore prospettiva di guarigione. La tabella n. 2 offre un'analisi descrittiva rispetto alle diverse patologie non aggregate in termini di patologie degenerative-insanabili o curabili-reversibili.

Tab. 1 – “Categorie conversazionali utilizzate dal medico e dal paziente per patologie aggregate”

UTILITA'	CATEGORIE CONVERSAZIONALE DEL MEDICO	Frequenze	3 Patologie degenerative - insanabili	5 Patologie curabili - reversibili	TOTALI
Funzionale	Descrizione diagnosi		41 (41,41%)	58 (58,58%)	99
Disfunzionale	Descrizione diagnosi		22 (68,75%)	10 (31,25%)	32
Ambivalenza	Descrizione diagnosi		7 (35%)	13 (75%)	20
	TOTALE		70 (23,33 X)	81 (16,2 X)	151
Funzionale	Descrizione terapia		50 (35,71%)	90 (64,29%)	140
Disfunzionale	Descrizione terapia		13 (72,22%)	5 (27,78%)	18
Ambivalenza	Descrizione terapia		6 (35,3%)	11 (74,7%)	17
	TOTALE		69 (23 X)	106 (21,2 X)	175
Accordo Funzionale	Chiarezza (informazioni)		5 (20,83%)	19 (79,17%)	24
Accordo Funzionale	Gradualità (informazioni)		19 (51,35%)	18 (48,65%)	37
Accordo Funzionale	Ordine (informazioni)		8 (61,53%)	5 (38,47%)	13
	TOTALE		32 (10,67 X)	42 (8,4 X)	74
Accordo Disfunzionale	Ambiguità (informazioni)		22 (44%)	28 (56%)	50
Accordo Disfunzionale	Discontinuità (informazioni)		8 (50%)	8 (50%)	16
Accordo Disfunzionale	Disordine (informazioni)		25 (55,55%)	20 (44,45%)	45
Accordo Disfunzionale	Quantità (informazioni)		2 (16,66%)	10 (83,33%)	12
	TOTALE		57 (19 X)	56 (11,2 X)	113
Funzionale	elaborazione e gestione condivisa dell'evento - Interdipendenza		73 (53,28%)	64 (46,72)	137
Disfunzionale	Medico Protettivo - Dipendenza		11 (57,9%)	8 (42,1%)	19
Disfunzionale	Medico Tecnico - Conflitto spostato		10 (27,78%)	26 (72,22%)	36
	TOTALE		94 (31,3 X)	98 (19,6 X)	192
	CATEGORIE CONVERSAZIONALI DEL PAZIENTE				
Funzionale	elaborazione e gestione condivisa dell'evento - Interdipendenza		32 (51,61%)	30 (48,38%)	62
Disfunzionale	Rifiuto malattia - Controdipendenza		36 (45,57%)	43 (54,43%)	79
Disfunzionale	Paziente bambino - Dipendenza		7 (43,75%)	9 (56,25%)	16
	TOTALE		75 (47,77)	82 (52,22)	157

Tab. 2 – “Categorie conversazionali utilizzate dal medico e dal paziente per patologie disaggregate”

UTILITA'	CATEGORIE CONVERSAZIONALI DEL MEDICO	PATOLOGIE	Sclerosi Multipla	HIV	Morte cerebrale	Tumore colon	Tumore mamellare	Tentato suicidio	Leucemia
			Funzionale	Descrizione diagnosi	17	15	9	11	10
Disfunzionale	Descrizione diagnosi	6	8	8	0	4	0	2	
Ambivalenza	Descrizione diagnosi	7	0	0	9	1	0	0	
Funzionale	Descrizione terapia	20	21	9	18	17	24	23	
Disfunzionale	Descrizione terapia	8	5	0	0	4	0	1	
Ambivalenza	Descrizione terapia	6	0	0	7	0	4	0	
Accordo Funzionale	Chiarezza (informazioni)	2	3	0	2	7	3	6	
Accordo Funzionale	Gradualità (informazioni)	2	17	0	2	7	2	6	
Accordo Funzionale	Ordine (informazioni)	3	5	0	0	0	1	3	
Accordo Disfunzionale	Ambiguità (informazioni)	10	12	1	4	7	1	6	
Accordo Disfunzionale	Discontinuità (informazioni)	4	4	0	2	5	0	1	
Accordo Disfunzionale	Disordine (informazioni)	13	12	4	2	2	2	8	
Accordo Disfunzionale	Quantità (informazioni)	0	2	1	1	0	0	7	
Funzionale	elaborazione e gestione condivisa dell'evento - Interdipendenza	31	42	3	11	24	13	13	
Disfunzionale	Medico Protettivo - Dipendenza	3	8	0	2	2	0	4	
Disfunzionale	Medico Tecnico - Conflitto spostato	8	2	1	8	3	0	9	
	CATEGORIE CONVERSAZIONALI DEL PAZIENTE								
Funzionale	Elaborazione e gestione condivisa dell'evento - Interdipendenza	1	0	0	0	3	0	3	
Disfunzionale	Rifiuto malattia - Controdipendenza	25	11	0	13	3	12	10	
Disfunzionale	Paziente bambino - Dipendenza	4	3	0	2	4		1	

Bibliografia

- Ajuriaguerra, J., (1962), *Le corps comme relation*, Schweiz. Zeitsch. J. Psychol., 21, 13
- Boss, M., (1959), *Introduction à la médecine psychosomatique*, P.U.F., Paris
- Delgado, H., (1960), *Enyuciamiento de la medecina psicosomatica*, Ed. Científica Medica, Barcellona
- Erba, S., Rutelli P. (1975), “*La formazione psicologica del medico con riferimento ad un particolare problema della patologia mentale: “la psicosomatosi”*”, estratto da “*Malato di mente*” studi Sassaresi, Supplemento vol. 53, Ed. Gallizzi, Sassari, 1975
- Fornari F., (1998), “*Gruppo e codici affettivi*”, in “*Il cerchio magico. Il gruppo come oggetto e come metodo in psicologia sociale e clinica*” a cura di (Trentini, G.), Ed. Franco Angeli, Milano
- Gentili, C., (1965), *Corpo come relazione*, in: *Sistema Nervoso*, 3, 174
- Kaneklin C., Scaratti G., (1998), *Formazione e Narrazione*, Ed. Raffaello Cortina, Milano
- Minkowsky, A., (1933), *Le temps Vécu*, Ed. J. LL. D’artrey, Paris
- Ravasini (1979), *Psicologia Medica*, Ed. Franco Angeli, Milano, pag. 80-82
- Rutelli, P., (2004), *L’impresa intangibile*, Ed. Franco Angeli, Milano