

# Contributo al rapporto medico-paziente

---

Maria Paola Zamagni<sup>1</sup>

- Dal modello bio-medico al modello bio-psico-sociale

In medicina lo strumento d'indagine più utilizzato è costituito dal colloquio clinico, ovvero da quella relazione interpersonale che coinvolge, a vari livelli di profondità, il professionista ed il paziente.

La tecnica del colloquio possiede una sua struttura, una sorta di sintassi che rimanda ad un particolare metodo. È sul “metodo” che vengono formate le nuove generazioni dei medici lungo il percorso degli studi universitari e negli anni di addestramento post-laurea sotto la guida degli esperti della salute.

Secondo il *modello bio-medico* tradizionale la malattia è ritenuta una deviazione dalla norma di variabili biologiche oggettivamente misurabili. La relazione con il paziente in tal caso è finalizzata all'analisi dei sintomi e alla formulazione di una diagnosi, cui fa seguito l'indicazione di un particolare trattamento terapeutico.

L'indagine clinica si presenta, pertanto, come una raccolta di informazioni ottenute attraverso domande specifiche tese ad avvalorare le ipotesi interpretative del medico. In quest'ottica è il medico la figura chiave del rapporto, il regista che dirige il colloquio ora richiedendo puntualizzazioni, ora controllando che i contenuti espressi dal paziente non debordino dalla dimensione propriamente patologica. L'enfasi posta sulla componente biologica quale causa principale della malattia induce a trascurare,

1 Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Bologna.

quando addirittura non arriva ad escludere, i fattori emotivi del paziente, la capacità di tollerare le frustrazioni, la rappresentazione soggettiva dei concetti di salute-malattia, il sentimento di poter efficacemente agire in considerazione del trattamento terapeutico proposto.

Questa impostazione, che fa del dottore e della malattia (medicina *doctor-disease centered*) i punti centrali del rapporto, non solo riserva uno spazio minoritario a chi è bisognoso di cure, ma rafforza i due significati che, etimologicamente, caratterizzano il termine “paziente”: paziente come colui che soffre, ma anche come colui che, in posizione del tutto asimmetrica rispetto al medico, è collocato in un ruolo di dipendenza.

Tuttavia questa dipendenza non sempre assicura il mantenimento della relazione da parte del malato. Fatta eccezione per i casi in cui è il medico che deve decidere con tempestività l'intervento più adatto alla situazione, in quanto le condizioni fisiche del paziente sono gravemente compromesse (es. infarto, ferite, ecc...), o le condizioni psichiche sono alterate (es. coma, delirio, ecc...), l'esclusione della dimensione soggettiva, cioè del mondo interno, può infatti indurre il malato a comportamenti di rifiuto, di insufficiente *compliance*, di sottovalutazione delle prescrizioni mediche (Becker, 1985).

Certamente significativo è stato l'invito caldeggiato dalle riforme sanitarie (1978; 1992; 1999) affinché gli operatori della salute si sensibilizzassero, anche attraverso un lessico adeguato, a recepire le richieste degli ammalati, sempre meno disposti a mantenere un rapporto di sudditanza e sempre più orientati verso un rapporto di *partnership* (Szasz-Hollender, 1976). Venne perciò proposto di sostituire nel linguaggio abituale il termine paziente (termine che condensa significati di passività, dipendenza, precarietà) con quello di *utente* e di *cliente*; parole queste che avrebbero dovuto assicurare dignità al malato e il riconoscimento di un ruolo attivo nei confronti dei servizi medici (possibilità di scegliere il curante o la struttura ritenuta migliore, valutazione dell'assistenza erogata, partecipazione nelle decisioni concernenti la sua malattia, ecc...).

È noto che tra pensiero e linguaggio esiste una profonda e reciproca interazione; al riguardo non pochi, infatti, si sono domandati se siano le parole a generare le idee/concetti, o se invece le idee preesistano alle parole e trovino in esse “solo” il mezzo che le esprime (Wittgenstein, 1922).

Tuttavia, non è sufficiente modificare il lessico perché, *tout court*, cambi la mentalità degli operatori nella direzione volta ad accogliere il sofferente con rispetto e partecipe disponibilità. L'esigenza di costruire una relazione d'aiuto efficace (se è efficace, lo è sia per il medico che per il suo assistito) non comporta un rinnegamento delle conoscenze scientifiche, ma semmai un'apertura verso la dimensione emotiva e i bisogni del paziente.

Rifacendosi alla “teoria generale dei sistemi” elaborata dal biologo von Bertalanffy (1950), Engel (1977, 1980) individua nel *modello bio-psico-sociale* il correttivo al riduzionismo dell'impostazione biomedica e la possibilità di costruire più efficaci percorsi operativi in campo clinico (Gadamer, 1994).

Tale modello, infatti, integra il *sistema biologico*, che rappresenta il substrato molecolare-anatomico della malattia e i suoi effetti sull'organismo; il *sistema psicologico*, che esprime le componenti soggettive del paziente (emozioni, motivazioni, stili di elaborazione cognitiva delle informazioni, ruolo delle esperienze pregresse, strategie di *coping* in risposta allo stress); il *sistema sociale*, che evidenzia gli atteggiamenti culturali e ambientali nei confronti della malattia, quali la definizione di malato, il riconoscimento-mantenimento dei suoi diritti, o al contrario la perdita di status e di autonomia, la responsabilità dei servizi sanitari nel trattamento terapeutico, le convinzioni religiose e gli orientamenti ideologici (Kaplan-Sadock, 1999).

Va sottolineato che l'attenzione alle componenti socio-psicologiche non è da intendersi come un'aggiunta all'impostazione biomedica tradizionale, qualcosa da lasciare alla libera iniziativa o alle inclinazioni spontanee del professionista, ma costituisce un vero e proprio viraggio del modo di fare medicina. Un riorientamento clinico che, senza nulla togliere al medico, rende il paziente più collaborativo verso il trattamento proposto e più responsabile verso la propria salute.

La presenza partecipe del paziente non solo non ostacola l'intervento del professionista, anzi lo favorisce, incrementando la relazione in corso.

In *Medico, paziente e malattia* (1957) Balint ha evidenziato come la figura del medico è essa stessa farmaco e perciò capace di suscitare "effetti collaterali", proprio come le sostanze attive contenute in un preparato chimico. Anzi – egli dice – «il farmaco più usato in medicina è proprio il medico, ma al riguardo non esiste ancora un'adeguata farmacologia».

La visione psicomodinamica di Balint ha sottolineato come nelle relazioni d'aiuto le componenti emotive, il diverso atteggiamento verso la malattia, o il suo significato nell'organizzazione mentale sia del medico che del paziente, costituiscano elementi intrinsecamente presenti nell'agire clinico e che senza una dovuta attenzione al mondo interno di entrambi l'esito terapeutico può venire compromesso da malintesi, insoddisfazioni, rifiuto (cfr. il capitolo *La funzione apostolica*).

Da un'impostazione centrata principalmente sulla malattia, sotto la spinta di un'accresciuta sensibilità socio-culturale, è maturato un orientamento (medicina *patient centered*) capace di coniugare i dati clinici con gli aspetti emotivi, cognitivi e sociali (Dunn, 2002). In tale contesto la comunicazione diventa allora l'elemento fondante di ogni relazione d'aiuto: luogo questo in cui la parola, l'ascolto ed anche il silenzio punteggiano dinamicamente la scena terapeutica.

Comunicare è tuttavia diverso da *comunicare in vista di una relazione*: nel primo caso prevale il contenuto, l'informazione tecnico-prescrittiva, nel secondo caso si cerca di stabilire un'*alleanza terapeutica* (Barofsky, 1978) che impone al medico una rielaborazione di scelte e di atteggiamenti professionali al fine di conciliare le istanze del paziente con il rispetto dei protocolli clinici.

Più che esercitare uno stile autoritario, magari facendo ricorso a rimproveri o ad interventi minacciosi, occorre mirare ad un'azione educativa. Come ogni processo educativo, la relazione clinica necessita di un certo tempo per radicarsi e rafforzare nella persona le risorse con cui affrontare il disagio della malattia e l'adesione verso i trattamenti indicati.

Spesso i pazienti lamentano insoddisfazione nei confronti della visita medica, percependo nel professionista ora un atteggiamento di distrazione-disinteresse rispetto ai contenuti da loro esplicitati, ora di frettolosità a concludere la consultazione (“il tempo in cui il paziente può parlare senza essere interrotto dal medico, in media è di 18 secondi), ora di incomprendimento a causa di un linguaggio criptico, scarsamente accessibile ai non addetti ai lavori (Buckman, 2003).

Ley (1979; 1989) al riguardo attribuisce allo stile espressivo-comunicativo del medico un importante elemento capace di favorire la *compliance*, oltre che di modificare eventuali convinzioni erronee sulla salute e stili di vita inadeguati.

Numerosi studi (Becker, 1985; Meinchembaum-Turk, 1987; Gorkin-Goldstein-Follick, 1990; Salovey-Rothman-Rodin, 1997) hanno messo in evidenza come, specie nei trattamenti di lungo periodo, il fenomeno della compliance sia particolarmente sensibile al tipo di relazione che si viene a stabilire, addirittura fin dalla prima visita, tra medico e paziente. L'occasione del primo incontro costituisce infatti una sorta di ordito su cui il paziente disegnerà l'impianto dei successivi rapporti. Se è vero che le linee architettoniche dello studio medico – senza escludere l'arredo, le luci ed i colori, ed anche i suoni, i rumori e gli odori – possono indurre vissuti di distensione e ammirazione, o al contrario di sgradevolezza e di ansia, tuttavia è la qualità del rapporto percepito che può avviare una proficua relazione clinica. Ma perché ciò si realizzi occorre che il medico sappia utilizzare adeguate strategie comunicative congiuntamente alla disponibilità, all'ascolto e all'atteggiamento empatico.

Un'efficace comunicazione medica non si compone solo di domande dirette (*domande chiuse*) finalizzate alla diagnosi, ma richiede da parte del medico una sensibile capacità di ascolto (*ascolto attivo*) anche per ciò che non attiene direttamente la malattia. Attraverso domande aperte ed indirette il medico può meglio comprendere il mondo interno del paziente, ovvero le sue paure, le attese, gli atteggiamenti ed il significato che egli attribuisce alla malattia.

La comunicazione, tuttavia, non si esaurisce nello scambio di domande e risposte mediante il linguaggio verbale (parole), giacché in essa rientrano pienamente anche altre forme di interazione, quali il linguaggio paraverbale e non-verbale (analogico).

Watzlawick *et al.* (1967) considerano la comunicazione come «la conditio sine qua non della vita umana e dell'ordinamento sociale ... un essere umano è coinvolto fin dall'inizio della sua esistenza in un complesso processo di acquisizione delle regole della comunicazione, ma di tale corpo di regole ... è consapevole solo in minima parte».

Nella sua opera Watzlawick definisce la comunicazione non-verbale come un sistema complesso comprendente «le posizioni del corpo, i gesti, l'espressione del viso, le inflessioni della voce, la sequenza il ritmo e la cadenza delle stesse parole, e ogni altra espressione non verbale di cui l'organismo sia capace, come pure i segni di comunicazione immancabilmente presenti in ogni contesto in cui ha luogo un'interazione».

L'autore afferma che in ogni messaggio rientrano aspetti sia di contenuto che di relazione e che pertanto i moduli di tipo verbale e analogico non solo coesistono, ma si influenzano reciprocamente determinando effetti non trascurabili sul comportamento. Egli, inoltre, fa notare che se con le parole l'emittente del messaggio può occultare o manipolare una verità scomoda, resta però «difficile sostenere una bugia nel regno dell'analogico».

Da un punto di vista anatomico-funzionale il linguaggio verbale e non-verbale sono rispettivamente governati l'uno dall'emisfero sinistro – che è deputato anche a compiti intellettivi e logico-analitici – e l'altro dall'emisfero destro che, con procedure di tipo olistico-sintetico, è specializzato, oltre che nell'elaborazione delle informazioni spaziali, nel riconoscimento delle emozioni.

Chi vive una situazione di sofferenza e di angoscia appare particolarmente sensibile agli aspetti relazionali, alla qualità dei messaggi intercorsi, cioè all'atteggiamento con cui il medico non solo informa sul piano dei contenuti, ma sa anche trasmettere comprensione e disponibilità.

Pur essendo il linguaggio verbale lo strumento più utilizzato nei rapporti interpersonali, bisogna riconoscere che a livello semantico possono nascere distorsioni interpretative tra colui che produce il messaggio e colui che lo riceve. Ciò in parte dipende dalla polisemia delle parole, dal codice linguistico degli interlocutori, ma anche dagli effetti della *metacomunicazione* sulla relazione in corso.

La comunicazione allora, invece di generare un feedback positivo che arricchisce la mente e rende più plastico il comportamento, innesca o consolida un feedback negativo che cristallizza la relazione in una sequenza di scambi stereotipati e improntati alla chiusura e al rifiuto.

## • Relazione medico-paziente

Da sempre la medicina ha cercato di risolvere, o quantomeno di alleviare, le cause di sofferenza che affliggono l'uomo attivando, a seconda delle conoscenze e delle risorse tecnico-scientifiche disponibili, interventi di tipo curativo/riparativo.

Il tradizionale rapporto malato-medico si dispiega su regole di comportamento che riconoscono all'uno il diritto ad essere curato, e all'altro il dovere di curare: «come avviene per il pianto del neonato, il messaggio “sono malato” è estremamente efficace allo scopo di mobilitare gli altri inducendoli a questo o a quel tipo di azione soccorrevole» (Szasz, 1961).

La logica di questo rapporto fa della guarigione, o della riduzione del danno, la meta attesa e desiderata, l'obbiettivo che accomuna, pur nella diversità di ruolo, colui che cura e colui che è curato. Tuttavia non si può ignorare che per molti pazienti la malattia, nonostante il suo carico di sofferenza e di limitazioni, rappresenti una sorta di “bene rifugio”, in cui senza sensi di colpa destabilizzanti possono trovare soddisfazione i bisogni regressivi e di dipendenza altrimenti nascosti.

Per quanto la sintomatologia sia dolorosa e frustrante, per quanto i trattamenti siano impegnativi e dispendiosi, tali pazien-

ti ne ostacolano la cura e tendono a prolungare nel tempo la loro invalidità.

I *vantaggi secondari della malattia*, di cui il paziente ha solo una limitata e pallida consapevolezza, permettono infatti il raggiungimento di vari obiettivi tesi a modellare favorevolmente la situazione e l'ambiente esterno: evasione da compiti ritenuti eccessivi o sgradevoli, delega delle responsabilità, godimento di un surplus di affetto e di calore nell'ambito delle relazioni sociali e familiari, indennizzo finanziario, ecc...

Spesso il medico di fronte a questa “paradossale” situazione che lega il malato alla sua malattia si ritrae deluso ed offeso: ora potrà con atteggiamento paternalistico considerare le miserie che affliggono l'umanità; ora si sentirà legittimato a rimproverare al paziente la sua passività, o addirittura codardia, attribuendogli il ruolo di giudice e di maestro di vita; ora, con evidente insopportazione, non esiterà a ritenere le richieste d'aiuto espresse nel linguaggio del corpo come simulazione e teatralità, delegando agli esperti della salute mentale la loro presa in carico (Balint, cfr. il capitolo *La funzione apostolica*).

## • Curare e prendersi cura

Con tali termini si intendono due stili diversi dell'agire medico: ciascuno di essi, infatti, riflette sia la costruzione di una personale filosofia di vita (relazioni affettive, opinioni politiche, credenze religiose), sia gli orientamenti professionali che, a partire dalla formazione accademica, hanno portato il medico a rapportarsi – con alterne vicende – con le istituzioni sanitarie e con i colleghi.

Nel *curare* l'attenzione del medico è incentrata prevalentemente sull'organismo, sulle sue alterazioni e sui trattamenti più efficaci per ristabilire l'omeostasi o, quantomeno, per ridurre il danno.

In tale ottica le competenze acquisite, e via via ravvivate da corsi d'aggiornamento in materia biomedica, vengono considerate non solo elementi necessari, ma anche sufficienti per un corretto e responsabile esercizio della professione.



Nell'ambito della sua attività il medico ha pieno mandato a visitare il corpo, ad ispezionarlo nelle parti più intime e nascoste con tutte le tecniche, talora invasive e cruente, al fine di individuare il male, dargli un nome, e possibilmente eliminarlo. L'indagine, attenta e scrupolosa, si dispiega secondo una logica avvalorata dai rilievi statistici e dai contributi pubblicati su riviste specializzate. È certamente lodevole la competizione che coinvolge la comunità scientifica tesa a lottare contro le insidie del male e a garantire, laddove possibile, una migliore qualità di vita. Cionondimeno il mondo interno del paziente è spesso trascurato. Si teorizza che solo un atteggiamento distaccato preservi il medico da coinvolgimenti emotivi che, oltre ad essere difficilmente controllabili, degradano la scientificità della medicina e l'autorevolezza di chi la rappresenta.

Si afferma, ma con indubbio eccesso di generalizzazione, che sono proprio i pazienti a volere un rapporto così fatto e che pertanto guarderebbero con sufficienza quel medico che mostrasse interesse per ciò che non rientra in un preciso quadro sintomatologico. Va detto che tale atteggiamento è in parte vero: esso appartiene a pazienti che avendo scarsa dimestichezza con le proprie emozioni – come nel caso dell'*alesitimia* – trovano più consono parlare di parti malate o dolenti, oppure a pazienti che considerano colpevole o ingiustificata ogni pretesa di attenzione alle proprie inquietudini esistenziali (Sifneos, 1973).

Ma tra il *corpo* che l'individuo vive nel mondo delle sue relazioni e l'*organismo* che la scienza analizza inserendolo in classificazioni nosografiche v'è un salto difficile da superare, dal momento che è proprio nel corpo che si inscrivono le esperienze più intime e profonde.

L'organismo, invece, rimanda ad un'esperienza, se non proprio di estraneità, certo di minor coinvolgimento emotivo: costituito da infinite componenti (cellule, tessuti, vasi, ecc...) esso ha il significato di cosa, di oggetto che, pur appartenendo all'individuo, è al tempo stesso altro da lui e per ciò stesso più facilmente osservabile nei termini dell'indagine scientifica.

Di fronte, ad esempio, al tracciato che mostra un'anomala at-

tività cardiaca si può forse restare indifferenti, poiché quel cuore non è lo stesso che sentiamo nelle diverse situazioni di vita, quando ne avvertiamo la presenza battere con ritmo ora calmo e regolare, ora esultante di gioia, ora invece oppresso dall'affanno o dalla cupa angoscia.

Certo, senza l'oggettivazione del corpo la medicina non avrebbe raggiunto i successi che meritatamente le si debbono riconoscere e che l'hanno liberata da un passato in cui credenze e pratiche magico-religiose erano le sole risposte verso la malattia. Diversamente dal biologo-laboratorista che esamina cellule o parti separate del corpo, e che forse neppure vede a chi o a quale storia esse appartengano, il medico che esercita la sua professione a contatto diretto con le persone dovrebbe considerare la malattia non solo come disfunzione di un organo, ma come esperienza intima in cui l'angoscia del presente destabilizza le sicurezze di un tempo e minaccia la progettualità futura.

Nel *prendersi cura* è presente, invece, un atteggiamento aperto ad accogliere il più possibile i bisogni del paziente: da quelli legati alla sua malattia a quelli inerenti al mondo delle sue relazioni affettive e sociali (Schneider, 1972; Myerscough, 1996; Di Guglielmo-Polenzani, 1999; Moja-Vegni, 2000).

Il raggio d'azione del medico si estende perciò fino a dar voce ai drammi celati della persona non con la pretesa onnipotente e maniacale di porvi salvezza (cosa peraltro impossibile), ma con la disponibilità all'ascolto e alla partecipazione.

Prendersi cura è il fondamento di ogni relazione significativa il cui prototipo è rappresentato, sul piano filogenetico, dal quel complesso di atteggiamenti tramite i quali la madre accudisce il figlio facilitandogli la sopravvivenza e l'adattamento all'ambiente.

In campo etologico Lorenz (1950) ha evidenziato con il fenomeno dell'*imprinting* quella spinta che, in particolari fasi dello sviluppo ontogenetico (*periodi critici*), porta il cucciolo a legarsi precocemente alla madre, o ad un suo sostituto, che ne diventa così modello di comportamento. Mano a mano che si sale nella scala tassonomica si osserva come l'attaccamento alla madre non derivi solo dal bisogno di ricevere cibo con cui appagare la pul-

sione della fame, ma anche dal soddisfacimento di altri bisogni, quali contatto fisico, tenerezza, calore affettivo, protezione.

Al riguardo sono di grande rilevanza clinica gli studi di Harlow (1959) su cuccioli di scimmia Rhesus che, deprivati precocemente della loro madre biologica, furono allevati in gabbia da due madri artificiali, di cui una realizzata con filo di ferro e l'altra, invece, con materiale morbido ed avvolgente. Nonostante la prima avesse il biberon dal quale il cucciolo riceveva un regolare nutrimento in termini di apporto calorico, l'attaccamento fu orientato sulla seconda che, proprio per la sua morbida consistenza, permetteva l'esperienza ludica e soprattutto quella difensiva/protettiva nelle situazioni di minaccia e di ansia.

Nell'ambito della teoria dell'attaccamento, Bolwby (1969, 1988) ha sottolineato come la motivazione a stringere rapporti significativamente importanti sul piano emotivo sia intrinsecamente presente nella natura umana. L'attaccamento si configura come una predisposizione biologica che, al servizio della sopravvivenza dell'individuo, mira fin dalla nascita alla creazione di *pattern* comportamentali stabili e duraturi sui quali, poi, il bambino organizzerà la sua futura vita sociale ed affettiva (Main-Solomon, 1986).

Se attraverso il pianto il bambino segnala il proprio stato di necessità (paura, dolore, rottura dell'omeostasi interna, ecc...) sollecitando così il *caregiver* ad occuparsi di lui, il sorriso, i festosi vocalizzi rivolti all'adulto testimoniano l'intensità del rapporto e la specificità del legame con la figura di riferimento (Ainsworth *et al.*, 1978).

Maslow (1970), studiando le caratteristiche proprie delle persone psicologicamente sane, propose un sistema gerarchico dei bisogni che, ordinato secondo un principio di priorità biologica, perviene via via a motivazioni più complesse e meno legate ai *bisogni da carenza*. Alla base di quest'ideale piramide Maslow colloca infatti i bisogni fisiologici e, procedendo verso il vertice, i *bisogni di crescita* espressi nell'autorealizzazione e creatività.

Nonostante alcune riserve sollevate nella comunità scientifica all'impianto teorico dell'autore, v'è da notare che Maslow pone

i “bisogni di sicurezza” e quelli di “appartenenza” subito dopo quelli deputati alla sopravvivenza biologica, mettendo così in risalto come un ambiente capace di dare protezione ed affetto costituisca un importante fattore motivazionale verso la realizzazione dei bisogni di crescita, oltre che di supporto nel fronteggiare adeguatamente le difficoltà della vita.

Anche Erikson (1963) nel suo diagramma epigenetico pone la fiducia come elemento di primaria importanza nella relazione madre-bambino, ed è singolare come egli esemplifichi con la fase dell'eruzione dei denti la qualità del rapporto tra chi dà e chi riceve aiuto e conforto. Di fronte alle «ire del periodo di dentizione» che spingono a trovare sollievo nel mordere, la madre non dovrebbe ritirarsi spaventata od offesa, ma piuttosto disponibile ad accogliere entro di sé gli attacchi aggressivi del figlio liberandolo al tempo stesso dal senso di colpa e inadeguatezza.

Se nelle prime fasi evolutive il bambino dipende completamente dalle cure dell'adulto, è pur vero che anche nelle fasi della vita matura, in particolari situazioni di dolore e privazione, la persona può trovarsi impreparata ed incapace ad affrontare da sola i nodi esistenziali che l'affliggono.

Rogers (1970) pone l'empatia alla base di una relazione terapeutica effettivamente valida ed efficace. La disposizione empatica implica un atteggiamento aperto e flessibile verso la dimensione intrapsichica ed emozionale di chi vive una situazione di crisi.

Nell'atteggiamento empatico l'operatore, lungi dall'emettere giudizi di valore e dall'assumere un ruolo direttivo, tende a far proprio il vissuto soggettivo dell'altro, a vedere le cose dalla stessa angolatura del suo interlocutore, ma con la consapevolezza di poter recuperare, quando lo voglia, la propria identità, evitando il frazionamento psicotico e la dispersione caotica.

È nella comunicazione che si realizza l'atteggiamento empatico, in cui sia la parola che conforta, che l'ascolto autenticamente partecipe creano per chi è in difficoltà le premesse verso un più maturo cambiamento: dove persino le eventuali divergenze vengono vissute non come fratture insanabili, ma come occasioni di dialogo e di chiarificazione.

L'atteggiamento empatico, per quanto possa essere facilitato da una disposizione personale innata, può essere appreso e coltivato attraverso l'esperienza di "role playing", nonché con la familiarizzazione di particolari strategie comunicative.

Con la *tecnica di eco* il medico, ripetendo le ultime parole del paziente, dimostra di essere partecipe e di seguire con attenzione e interesse quanto l'altro sta esponendo (es. paziente: "...ero così angosciato...", medico: "...angosciato?").

Con la *tecnica di continuazione* si lascia al paziente ampia libertà di parola; senza interferire o causare blocchi espressivi, il medico si limita a punteggiare le varie fasi della relazione in corso con segnali verbali ("...sì...", "...certo..."), paraverbali ("...mmhh..."), gestuali (piccoli cenni d'assenso del capo). Ciò permette al paziente di cogliere un clima di rispetto e di accoglienza, di viverci in uno spazio affrancato dalla fretteolosità e dal timore di essere giudicato.

Attraverso la *tecnica della parafrasi* il medico utilizza con accortezza le espressioni ambigue o incomplete del paziente affinché questi precisi meglio quanto esposto ("...se ho ben capito il dolore le si presenta...").

Infine con la *tecnica di ricapitolazione* il medico, con la maggior chiarezza possibile, restituisce al paziente in un quadro d'insieme i contenuti emersi relativi alla patologia, le indicazioni terapeutiche, le spiegazioni necessarie per il trattamento proposto.

Al riguardo dovrà verificare quanto il paziente ha compreso, sottolineare l'importanza gerarchica delle prescrizioni date, l'osservanza dei comportamenti cui dovrà attenersi, senza trascurare di mettere per iscritto le istruzioni pertinenti l'assunzione dei farmaci o l'iter relativo agli esami diagnostici consigliati.

Se l'utilizzo di queste tecniche favorisce il colloquio, tuttavia perché si stabilisca l'alleanza terapeutica occorre che il medico si sintonizzi col mondo interno del paziente, accogliendo perciò anche la sua dimensione emotiva.

Ciò che si chiede al medico non è di trasformarsi in psicologo o di rinunciare alle evidenze scientifiche, ma di acquisire capacità relazionali (*communication skills*) che, mentre gli permetto-

no di rispondere al meglio ai bisogni del malato, al tempo stesso lo proteggano dai rischi di un eccessivo coinvolgimento emotivo. Infatti, se non si vuole essere travolti dalle emozioni, occorre saperle controllare non già per via di rimozione o di espulsione, quanto piuttosto attraverso un sensibile addestramento teso a farle emergere, identificarle e riconoscerle come proprie.

In generale la formazione universitaria modella gli studenti in modo unidirezionale: privilegiando l'acquisizione delle competenze diagnostiche e tecniche, affida quelle comunicative all'esperienza, al buon senso, all' "arte" che – si dice – appartiene (almeno in parte) alla stessa natura del medico. Tuttavia questo omaggio alla tradizione raramente trova seguito nelle accademie: il timore di perdere lo statuto di scientificità induce a confondere l'atteggiamento di partecipazione con quello dell'istrione o del guaritore improvvisato. Ma affinché l'esperienza, il buon senso e l'arte diano i loro frutti migliori occorre che venga valorizzata la dimensione relazionale comunicativa del medico.

Al riguardo esistono varie tecniche di gruppo, quali i colloqui simulati e il *role playing*, capaci di favorire, in una situazione protetta e guidata da un *tutor*, una progressiva sensibilizzazione verso le componenti emotive. Tecniche che attingono ad una sorta di messa in scena teatrale, ovvero all'impersonazione di un ruolo che vicendevolmente vede impegnati come "attori" i partecipanti (studenti, medici, operatori sanitari) ora nella parte di malato, ora in quella del curante, al fine di riprodurre le dinamiche interattive proprie della relazione clinica.

Lo sdoppiamento indotto da questi giochi di ruolo, mentre aiuta a prendere consapevolezza delle modalità di approccio al paziente, permette di identificarsi con i bisogni della persona in difficoltà, di valutare i propri stili difensivi, di sperimentare in prima persona la propria risposta emotiva (accettazione/rifuto; biasimo/compressione) alla vicenda in corso.

Uno "psicodramma", dunque, agito in presenza di un pubblico che non mancherà di segnalare la propria partecipazione apportando critiche o facendo da eco allo svolgimento della vicenda (Fulcheri-Recrosio, 1990; Fulcheri-Barzegà, 1995).

Tali esperienze costituiscono un valido contributo alla formazione medica e dovrebbero, perciò, trovare spazio nell'ambito delle attività di tirocinio clinico, allo scopo di far maturare con l'esercizio intellettuale (raccolta dei dati anamnestici, indagine semeiotica, prescrizione terapeutica, ecc...), anche la disposizione empatica nel rispetto dei bisogni della persona malata (Myerscough, 1996).

## • Riassunto

Se il colloquio clinico è lo strumento d'indagine più utilizzato in medicina, esso tuttavia viene modulato secondo una "sintassi" che riflette l'impianto metodologico nel quale si è formato il medico.

Diversamente dall'impostazione biomedica, tesa ad enfatizzare la componente biologica (medicina *doctor/disease centered*), il modello biopsicosociale si costituisce come un vero e proprio viraggio dell'agire clinico, ponendo particolare attenzione sia al mondo interno del paziente, sia al mondo delle sue relazioni socio-ambientali (medicina *patient centered*).

In tale contesto la comunicazione diventa l'elemento fondante su cui impostare la relazione d'aiuto non tanto in termini tecnico-prescrittivi, ma orientata ad un'*alleanza terapeutica* finalizzata a favorire un'adeguata *compliance* ed a rafforzare le risorse interne del paziente (*self efficacy*).

Un'efficace comunicazione medica non si compone solo di domande dirette (anamnesi), ma richiede capacità di ascolto e atteggiamento empatico, affinché il paziente percepisca nel clinico non solo l'intento a *curare la malattia*, ma anche l'interesse a *prendersi cura* dei suoi bisogni e delle sue angosce. La familiarizzazione con varie tecniche di comunicazione (*communication skills*) e l'esperienza di *role playing* dovrebbero trovare particolare spazio nell'ambito delle attività di tirocinio per far maturare con l'esercizio intellettuale anche la disposizione empatica verso il paziente.

## • Summary

While the clinical interview is the most widely investigation tool used in medicine, it is adapted according to a “syntax” which reflects the methodological framework in which the doctor has been trained.

Unlike the biomedical framework, which aims to highlight the biological component (doctor-disease centered medicine), the bio-psycho-social model is like a real colour change of the clinical behaviour, placing particular focus both on the patient’s internal world, and their social-environmental relationships (patient centred medicine).

In this context, communication becomes the foundation on which to build the assistance relationship, not so much in technical-prescriptive terms, but rather oriented towards a *therapeutic alliance* aimed at encouraging an appropriate compliance and to strengthen the patient’s internal resources (self efficacy).

Effective medical communication does not consist solely of direct questions (case history), but also requires listening skills and an empathetic attitude, so that the patient perceives in the doctor not only the intent to *cure the illness*, but also an interest in *taking care* of their needs and anxieties. Familiarisation using various communication skills and role playing practice should play an important role in the training to develop, through an intellectual process, an empathetic disposition towards the patient.

## • Résumé

Le colloque clinique est l’instrument d’enquête le plus utilisé en médecine. Il se base cependant sur une “syntaxe” qui réfléchit la position méthodologique où s’est formé le médecin.

Diversement de l’évaluation biomédicale qui tend à mettre en relief la composante biologique (médecine *doctor/disease centered*), le modèle biopsychosocial est un véritable tournant de l’intervention clinique qui souligne avec une attention particu-



lière autant le monde intérieur du patient que ses relations socio-environnementales (médecine *patient centered*).

C'est dans ce contexte que la communication devient l'élément fondamental à partir duquel fonder la relation d'aide non pas tant en termes technico-prescriptifs, mais orientée vers une *alliance thérapeutique* finalisée à favoriser une *compliance* adaptée et renforcer les ressources intérieures du patient (*self efficacy*).

Une communication médicale efficace n'est pas faite uniquement de questions directes (anamnèse), mais requiert aussi des capacités d'écoute et d'attitude empathique, pour que le patient perçoive dans le clinique non seulement l'intention de *soigner la maladie*, mais aussi l'intérêt de *prendre soin* de ses propres besoins et de ses angoisses. La familiarisation avec les différentes techniques de communication (*communication skills*) et l'expérience de *role playing* devraient pouvoir trouver un espace particulier dans le domaine des activités d'apprentissage afin de faire mûrir aussi, grâce à l'exercice intellectuel, la disposition empathique envers le patient.

## • Bibliografia

- Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S., *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*, Erlbaum, Hillsdale 1978
- Balint M., *Medico, paziente e malattia*, (1957) Feltrinelli, Milano 1961
- Barofsky I., "Compliance, aderenca and therapeutic alliance: steps in the development of self care", *Social Science and Medicine*, 12, 1978, pp. 369-76
- Becker M. H., "Patient adherence to prescribed therapies", *Medical Care*, 23, 5, 1985, pp. 539-55
- Bertalanffy L. von, "An outline of general system theory", *British Journal of the Philosophy of Science*, 1, 1950, pp. 134-65
- Bowlby J., *Attaccamento e perdita*, vol.1: *L'attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1972
- Bowlby J., *Una base sicura*, Raffaello Cortina, Milano 1989
- Buckman R., *La comunicazione della diagnosi in caso di malattie gravi*, Raffaello Cortina, Milano 2002

- Di Guglielmo R., Polenzani L., “Medico e paziente in medicina generale”, in Bellino, L. (a cura di) *Argomenti di medicina generale*, Carocci, Roma 1999
- Dunn N., “Commentary: patient centered care: timely, but is it practical?”, *BMJ*, 2002, pp. 324-651
- Engel G.L., “The need for a new medical model: a challenge for biomedicine”, *Science*, 196, 1977, pp. 129-136
- Engel G.L., “The clinical application of the biopsychosocial model”, *Am. Journal of Psychiatry*, 137, 1980, p. 535
- Erikson E.H., *Infanzia e società*, Armando, Roma 1968
- Fulcheri M., Recrosio L., “Le esperienze di gruppo nell’ambito della supervisione degli operatori psicosociali”, in Pazzagli A. (a cura di) *Formazione e supervisione in psicoterapia*, C. S.T., Torino 1990
- Fulcheri V.L., Barzega G., “Il rapporto medico-paziente: le dinamiche intercorrenti, i percorsi formativi, la prevenzione dello stress”, *Il vaso di Pandora – Supplemento*, III (3), 1995, pp. 49-57
- Gadamer H.G., *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano 1994
- Gorkin L., Goldstein M.G., Follick M. J., “Strategies for enhancing adherence in clinical trials”, in Shumaker S. A., Shron E., Ockene J. K. (a cura di), *The Handbook of Health Behaviour Change*, Springer, New York 1990
- Harlow H.F., “Love in infant monkeys”, *Scientific American*, 200, 1959, pp. 68-74
- Kaplan H. I., Sadock B.J., *Synopsis of psychiatry-behavioral sciences/clinical psychiatry*, Lippincott Williams&Wilkins, Hagerstown 1999
- Ley P., “Memory for medical information”, *Brit. Journal Soc. Clin. Psychology*, 18, 1979, pp. 245-55
- Ley P., “Improving patients’ understanding, recall, satisfaction and compliance”, in Broome A.K. (a cura di) *Health psychology*, Chapman&Hall, London 1989
- Lipkin M., Putnam S., Lazare A., *The medical interview*, Springer, New York 1989
- Lorenz K., *The comparative method in studying innate behaviour patterns, in Physiological Mechanisms in Animal Behaviour*, Symposia of the Society for Experimental Biology, No. IV., Academic Press, New York 1950.
- Lotti A., Albano M.G., “La formazione al rapporto medico-paziente: esperienze didattiche avanzate”, *Pedagogia Medica* 5 (3), 1986, pp.121-129

- Main M., Solomon J., "Discovery of a new, insecure-disorganized-disoriented attachment pattern", in Brazelton T.B., Yogman M. (a cura di) *Affective development in infancy*, Ablex, Norwood 1986, pp. 95-124
- Maslow A.H., *Motivation and Personality*, Harper&Row, New York 1970
- Meinchembaum D., Turk D., *Facilitating treatment adherence*, Plenum Press, New York 1987
- Moja E., Vegni E., *La visita medica centrata sul paziente*, Raffaello Cortina, Milano 2000
- Myerscough P.R., *Come parlare con i pazienti*, Casa Editrice Idelson, Napoli 1996
- Pendleton D., Hasler H., *Doctor-patient communication*, Academic Press, London 1983
- Rogers C., *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze 1970
- Salovey P., Rothman A.J., Rodin J., "Social psychology and health behaviour", in Gilbert D., Fische S., Lindzey G. (a cura di), *Handbook of social psychology*, McGraw-Hill, New York 1997
- Schneider P. B., *Psicologia medica*, Feltrinelli, Milano 1972
- Sifneos P.E., "The prevalence of alexithymic characteristic in psychosomatic patients", *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 1973, pp. 255-262
- Szasz T.S. *Il mito della malattia mentale*, Il Saggiatore, Milano 1966
- Szasz T.S., Hollender M.H., "The basic models of the doctor-patient relationship", *Arch. Int. Med.*, 97, 1976, pp. 585-89
- Tatarelli R., De Pisa E., Girardi P., *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*, Franco Angeli, Milano 1998
- Toop L., "Patient centered primary care", *Br. Med. J.*, 316, 1988, pp. 1882-883
- Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma 1971
- Weinstein N.D., Klein W.M., "Unrealistic optimism: present and future", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 15, 1996, pp. 1-8
- Wittgenstein L., *Tractatus logico-philosophicus*, (1922); tr. it., Einaudi, Torino 1985

