

*Marcello Cesa-Bianchi*

## **La formazione al comunicare in medicina**

Il problema del comunicare in medicina si colloca all'interno della relazione "medico-paziente", una relazione la cui rilevanza è sottolineata dalle scienze della mente, mentre risulta tradizionalmente meno valorizzata della medicina organicistica, che considera il medico precipuamente nel suo "agire sul" e non nell'"interagire col" paziente. In Italia, le conseguenze lente ad annullarsi del ventennio fascista e del suo totale ostracismo dato alla psicologia, al suo inserimento accademico, alle sue applicazioni, hanno favorito il realizzarsi di una medicina estranea alle implicazioni psicologiche e orientata a operare sulla base di un organicismo rigorosamente meccanicistico. Tale orientamento è venuto rafforzandosi sulla base degli enormi e imprevedibili progressi nelle tecniche diagnostiche e di trattamento terapeutico e del sempre più rapido ampliamento delle conoscenze medico-biologiche. Ciò ha comportato la necessità di una specializzazione sempre più avanzata, che stimolava ogni specialista ad affrontare con sempre maggiore competenza un settore sempre più ristretto dell'organismo e a intervenire settorialmente sulla sua patologia. Col risultato che, con l'eccezione dei medici generalisti e dei pediatri di base, il sanitario concentrato su un settore notevolmente circoscritto rischiava di trascurare i problemi della persona a cui tale settore apparteneva e la dimensione psicologica di tale persona.

Una dimostrazione del procedere della medicina verso un perfezionismo sempre più circoscritto e della tendenza a prescindere dal considerare l'uomo globalmente inteso e la sua psiche, risulta dal fatto che, fino allo scorso decennio, la formazione psicologica non veniva considerata, se non in modo subordinato e opzionale, dall'ordinamento relativo alla formazione del medico italiano, che poteva così iniziare la sua attività professionale ignorando le leggi del comportamento umano e le implicazioni di quel rapporto personale tanto rilevanti nella relazione medico-paziente.

Questa mancata formazione psicologica esprimeva la tendenza del corso di laurea in medicina e chirurgia ad organizzarsi in modo da sostenere:

- a) la certezza meccanicistica che la risoluzione della patologia di un organo o di un apparato richieda l'impegno a intervenire nel modo tecnicamente più adeguato e aggiornato su quell'organo o quell'apparato, prescindendo dalle caratteristiche psicologiche dell'uomo a cui organo e apparato appartengono. In questa prospettiva la persona appare come una variabile non tanto interveniente, quanto disturbante nel valutare l'efficacia dell'intervento settoriale;
- b) l'esaustività della classificazione nosografica, di una tipologia che determina una

interruzione “arbitraria” di processi continuativi e, per illuminare una parte prestabilita di una realtà complessa, lascia in ombra le altre, non riuscendo così a cogliere il significato della situazione globale;

- c) la necessità, determinata dalla specializzazione sempre più analitica che l'enorme progresso scientifico-tecnologico comporta, di concentrarsi in modo sempre più approfondito su parti dell'organismo sempre più circoscritte ponendo in secondo piano le implicazioni umane, stimolati dalle possibilità fino a ieri imprevedibili consentite da strumenti e procedure sicuramente eccezionali. Si conosce sempre meglio l'atomo, si considera sempre meno l'anima;
- d) l'inequivocabilità del dato quantitativo, a cui viene attribuito un valore univoco. Così, l'esigenza di misurare e di classificare sovrasta quella di comprendere e il numero assume un valore ontologico. La somma o la media o la varianza di dati quantitativi parziali vengono assunte come espressione del valore globale di un costruito puramente meccanico, di un robot perfettamente funzionante ma privo di mente;
- e) l'esigenza di poter decidere – la diagnosi, la terapia, il programma di riabilitazione – operando esclusivamente nel mondo della scienza e della tecnica, estraneo (e disturbato dal) all'uomo, alla famiglia, alla società, a una storia che non sia soltanto monodimensionale;
- f) l'orientamento a comunicare con linguaggio criptico fra iniziati e a considerare con una certa sufficienza chi non dispone degli strumenti culturali per comprendere;
- g) il sentirsi partecipi a una medicina trionfalistica, che non riconosce limiti e che rifiuta la possibilità di errore, a una medicina in grado di risolvere qualsiasi problema fisico, di sostituire ogni parte dell'organismo che si ammali o non funzioni, di prolungare fino ad età sempre più elevate la vita dell'uomo, di pianificare l'individuo sulla base di preordinati programmi genetici, di tendere alla rapida possibilità di sconfiggere la morte.

Una decina d'anni fa, la necessità di adeguare l'ordinamento del corso di laurea di medicina italiana a quello esistente negli altri paesi dell'Unione Europea ha portato a una profonda revisione della Tab. XVIII. E tale revisione ha determinato l'introduzione della formazione psicologica come elemento irrinunciabile nella preparazione del medico.

L'inserimento delle scienze del comportamento – peraltro spesso vanificato dalle soluzioni insufficienti adottate da varie facoltà per quanto riguarda l'attivazione e l'attribuzione degli insegnamenti – ha significato il riconoscimento di un aspetto della formazione del medico che era stato in modo anacronistico e paradossale estromesso e la possibilità di disporre di uno strumento concettuale e operativo in grado di consentire che didattica e apprendimento si realizzassero secondo le procedure indicate dalle conoscenze scientifiche attuali.

Più in particolare, la psicologia e in parte la psichiatria si sono trovate a sostenere una sfida, spesso disperata per le circostanze in cui si svolgeva, volta allo scopo di ottenere:

- a) l'insinuazione del dubbio nei confronti di un fideismo tecnoscientifico, la messa in primo piano dell'uomo e della sua variabilità;

- b) l'analisi della categorizzazione con l'intento di comprendere le ombre, non di eliminarle con l'artificio;
- c) il richiamo determinante al singolo individuo, irripetibile nella sua genetica, nella sua storia, nella sua realtà sociale;
- d) il riesame critico dell'apporto della quantificazione, valorizzata anche in funzione dei suoi limiti;
- e) il rifiuto di una concezione autarchica, autoreferenziale della medicina e la riaffermazione dei valori di una cultura senza confini;
- f) il rispetto dell'uomo, soprattutto del più debole anagraficamente, fisicamente, economicamente, specie quando si può decidere e comunicargli la sua sorte;
- g) il rifiuto del dogma dell'onnipotenza della medicina, della propria identificazione con gli esecutori della volontà di un dio che solo a noi medici è dato conoscere.

L'impegno della psicologia e della psichiatria può forse portare lo studente a comprendere l'importanza del comunicare e la necessità di conoscere le sue modalità nel rapporto con se stesso, con il paziente, con la sua famiglia, con la società. A comprendere che la comunicazione umana è un processo complesso e multidimensionale, che non può essere ridotto a un modello tecnologico, neppure al più sofisticato.

Nella relazione medico-paziente "il come", la modalità in cui l'informazione viene comunicata, costituisce un elemento assolutamente determinante, naturalmente una volta che si sia stabilito e definito "il se" e una volta che sia stato precisato "il quanto". È determinante da diversi punti di vista: non soltanto per ciò che riguarda gli aspetti linguistici, formali, per cui una comunicazione cessa di essere tale se viene espressa con modalità che non siano comprensibili non solo a chi parla ma anche a chi ascolta, ma implica anche quelli di una collocazione temporale, del comunicare quando, in quale momento, in quale situazione, nonché gli aspetti relativi alla comunicazione non verbale. Determinati eventi o mancanze di eventi possono comunicare, esprimere un messaggio che con le parole non viene invece trasmesso. È ancora più disturbante per il malato quando ad una comunicazione verbale, per esempio di rassicurazione, si accompagna un atteggiamento preoccupato del medico o dell'infermiere. Quando la comunicazione non verbale dell'espressione mimica denota un messaggio diverso o addirittura antitetico rispetto a quello che è stato formulato verbalmente, si crea una situazione estremamente difficile, penosa per chi è costretto a subirla.

Comunicare, significa anche considerare il contesto in cui l'informazione viene data: durante un colloquio riservato, alla presenza di altro personale, dei familiari, di altri pazienti, ect.; a questo proposito noi sappiamo come sia ben diverso ricevere una informazione in un rapporto duale e in una situazione ben definita o riceverla insieme ad altre persone che possono recepire, commentare, discutere il messaggio che viene dato; è molto diverso ricevere una comunicazione da soli o soltanto col personale sanitario e riceverla in presenza dei familiari. Questo aspetto, che non è stato spesso considerato, deve essere ritenuto rilevante e meritevole di attenta analisi.

Una condizione che mi sembra importante, è quella per la quale la comunicazione deve avvenire nel quadro di un rapporto medico o infermiere-paziente che si sia già da

tempo instaurato. Una informazione spesso coinvolgente non può venire da parte di un estraneo o di una persona che non ci conosce non soltanto dal punto di vista tecnico-scientifico ma anche dal punto di vista umano, perché per comunicare è importante che si usino delle parole comprensibili alla persona che le riceve, ma anche che si conoscano le caratteristiche almeno essenziali della psicologia e non soltanto del fisico di questa persona. Se il rapporto medico e infermiere-paziente si è instaurato in modo corretto e approfondito, il come comunicare sarà presumibilmente realizzato nei termini più efficaci e meno pericolosi per quanto riguarda il malato. Alcune indagini hanno evidenziato gli aspetti positivi e gli aspetti negativi della comunicazione. È necessario tener conto degli uni e degli altri sulla base naturalmente di quanto la legge prescrive, ma anche in funzione di tutta una serie di elementi che la conoscenza della persona che abbiamo di fronte ci consente di prospettare.

Non esistono delle regole fisse di comunicazione che possano valere per tutti e per tutti i momenti della vita: non soltanto bisogna comunicare in modo adeguato alla persona che abbiamo di fronte, ma, anche comunicare a questa persona in un certo momento della sua vita con modalità che possono essere differenti da quelle che utilizzeremmo in un momento diverso, e quindi tener conto di questa molteplicità di fattori in gioco. Un aspetto che vorrei ancora sottolineare è quello che quando si parla di rapporto medico-paziente non si tratta di sottolineare soltanto l'esistenza di un contatto, di una comunicazione fra una figura istituzionalmente definita in termini di risoluzione dei problemi della sofferenza e di restaurazione della salute e un'altra persona che vi partecipa temporaneamente, speriamo non definitivamente, nella condizione di paziente; si tratta di considerare che questo rapporto implica una serie di dati che riguardano non soltanto il paziente, ma anche il medico. Anche il medico così come l'infermiere è messo in gioco in questo rapporto proprio perché, come una ricca documentazione potrebbe dimostrare, nel rapporto con il singolo paziente, con quel particolare paziente, ciascuno di noi, medico o non medico, finisce con l'esprimere tutta una serie di fatti connessi alla sua esperienza di vita, al suo modo di vedere quel paziente che può assomigliare a suo padre o ricordargli suo figlio, al fatto che il paziente gli si presenta in un certo modo che si ricollega mentalmente e più o meno consapevolmente a certe esperienze della sua vita. Il medico – e l'infermiere – deve conoscere se stesso come dicevano già gli antichi, ma questa conoscenza deve attuarsi anche su un piano psicologico; deve conoscere i propri limiti, le proprie tendenze, se vogliamo i propri pericoli di arbitrio nell'assumere determinate posizioni e cogliere nel rapporto con l'altro anche il significato del porsi e del proporsi. È stato detto che la prima medicina è il medico stesso nei riguardi del paziente perché il risultato che il medico può indurre al paziente, che si presenta, di per sé costituisce un aspetto determinante. Dal punto di vista chirurgico evidentemente si pone il problema in termini diversi ma io penso che i colleghi chirurgici potrebbero convenire sul fatto che, non forse nel momento dell'intervento in quanto tale, ma quando, una volta superato felicemente l'esito operativo, ci si ponga in una situazione di recupero e di restauro, la possibilità di fruire di un certo tipo di rapporto consente di far sì che il paziente, anziché essere un individuo passivo posto in una situazione regressiva facilitata anche da un certo tipo di organizzazione sanitaria – per cui viene imboccato, apostrofato, trattato come se fosse un bambino ipoevoluto – al

contrario potrà diventare un elemento sostanziale nella collaborazione col medico al recupero della propria salute.

La possibilità che il paziente si ponga in una situazione di collaborazione con il medico costituisce un elemento, non il solo ma certamente importante, per favorire la soluzione che il medico si propone. Quindi rapporto medico-paziente significa un rapporto nel quale si è stabilita una interazione che consente al medico anche di rivedere se stesso e di cogliere il senso dei propri messaggi verbali e non verbali, delle proprie parole e dei propri silenzi e anche di comprendere il significato che queste parole hanno per il proprio interlocutore. Infatti quando si parla di comunicare, ancora più che di informare, si deve intendere questo processo come interazione: non si tratta di considerare che da una parte c'è qualcuno che informa e dall'altra un soggetto che recepisce, ma di instaurare un circuito tale per cui chi informa deve ricevere la comunicazione circa la comprensione o meno del messaggio che ha fornito e dovrà modulare il successivo messaggio in funzione di questa comunicazione; è un circuito di retroazione che la cibernetica ha messo bene in evidenza, un circuito nel quale, quindi, non si tratta di calare dall'alto una serie di sentenze o di indicazioni diagnostiche o prognostiche o di prospettive di carattere terapeutico, ma di portare al livello di queste interazioni un problema che il paziente, in una situazione di per sé di inferiorità rispetto al potere, alla possibilità che il medico ha in quel momento, tende a presentare. L'obiettivo da conseguire è quello della comprensione, del realizzarsi di una fiducia reciproca per cui il messaggio, anche il più difficile da accettare, potrà essere accolto senza arrivare alla disperazione che dobbiamo cercare in ogni caso di prevenire, e quindi modulando le modalità del nostro messaggio, graduandolo nel tempo, collocandolo nell'ambito di un contesto che consenta di riceverlo nel modo migliore. Il messaggio quindi dovrà essere tale da informare talvolta in modo limitato ma sempre corretto, perché la menzogna caritatevole finisce con l'essere più o meno direttamente percepita, alterando completamente il rapporto di fiducia che si è stabilito: quindi non si deve mai mentire anche se naturalmente si possono tacere parzialmente delle verità là dove si ritenga che l'esposizione in termini obiettivi e totali di una verità estremamente dolorosa sia insopportabile dal paziente che abbia una determinata struttura caratterologica e che si trovi in una particolare condizione. Di qui l'importanza di calibrare l'informazione, il messaggio, sulla base di una conoscenza della persona che abbiamo di fronte, non soltanto del suo fisico, e anche del momento particolare in cui questa persona si trova.

Un aspetto importante è anche quello relativo all'informazione ai familiari: anche qui l'ideale sarebbe, anche se poi concretamente molte volte è difficile da conseguire, conoscere non soltanto il paziente individualmente considerato ma anche nelle sue interazioni familiari, comprendere per quel paziente il significato che ha il rapporto col proprio partner, col proprio padre, con la propria madre, proprio perché le informazioni che vengono date in un certo modo e magari diversificate al paziente e al suo familiare rischiano qualche volta di creare una situazione di confusione, di accuse reciproche, là dove l'appoggio, la solidarietà, il sostegno possono essere assolutamente determinanti. Anche la comunicazione al familiare dovrà essere compiuta tenendo conto dell'importanza – sia per il superamento di una condizione temporanea, sia eventualmente per il recupero del paziente una volta rientrato a domicilio e per il suo reinserimento globale

nella sua vita attiva là dove naturalmente sia possibile – che il familiare sia visto come una persona che deve conoscere quanto è necessario per svolgere una funzione utile, talvolta determinante nei riguardi del paziente e per non accentuare uno stato ansioso di preoccupazione o addirittura di disperazione che si può qualche volta determinare.

Per finire, due ultime annotazioni: innanzitutto, è importante nel concetto di comunicazione che ho sottolineato non soltanto che il medico parli ma anche che sappia ascoltare, e non solo quando ha stabilito di farlo; possibilmente il medico e il personale sanitario devono rendersi disponibili nel momento in cui il paziente si sente di comunicare: ci sono delle persone che in certi momenti della loro giornata, in certi giorni della loro vita si sentono di fare una comunicazione che in altri momenti non hanno la voglia o la forza di esprimere. Di qui l'importanza della disponibilità ad ascoltare senza interrompere bruscamente la comunicazione che il paziente avvia ma cercando di recepire tutto quanto può essere utile ad una comprensione del punto di vista della persona che abbiamo davanti. L'altro aspetto è quello riferito all'atteggiamento che il medico a mio modo di vedere dovrebbe sempre considerare in funzione del paziente. È necessario che il medico tenga conto dei limiti della propria conoscenza; ora, di fronte ad una medicina che ha compiuto dei progressi enormi in questi ultimi 20 anni – pensiamo alla genetica, alla farmacologia, alla microchirurgia, alla chirurgia dei trapianti, ad una serie di interventi sia sul piano diagnostico che terapeutico che due decenni fa non erano neanche immaginabili se non forse nella fantascienza – di fronte a questi progressi la tentazione, la tendenza o il pericolo per certi medici possono essere quelli di considerarsi in termini di infallibilità e con un impostazione di tipo essenzialmente trionfalistico. Ecco il medico che non accetta di non poter guarire, il medico che non ammette la sua incapacità, il medico che rischia di interrompere la comunicazione col malato quando questi cessa di poter essere riportato ad uno stato di benessere, l'abbandono del paziente “non più curabile”, anche se il termine di incurabilità, deve essere ridiscusso criticamente in ogni momento proprio in funzione dei progressi che la scienza può realizzare. È necessario che la comunicazione si inserisca in un rapporto medico-paziente tale che il malato senta che non soltanto quando la sua condizione lascia prevedere un prossimo o comunque un probabile recupero, ma anche quando sta declinando irreversibilmente, in quel momento, in quella situazione, il medico continua ad essergli vicino; e gli è sempre vicino l'infermiere, col quale ha solitamente avuto rapporti più prolungati e che quindi può essere in grado di cogliere il problema esistenziale del malato e di stabilire con lui un valido rapporto umano, e non solo professionale. Un rapporto che dovrebbe chiarire e facilitare la relazione medico-paziente e consentire al medico e all'infermiere di mantenere un atteggiamento coerente verso il malato.

Questa disponibilità si richiede, negli anni '90, a un medico e a un infermiere che non soltanto si preoccupino di guarire ma anche di curare, di porsi nella condizione di ascoltare e comprendere non solo il linguaggio – verbale e non – del paziente che sta migliorando, ma anche quello del paziente che muore, di comunicare con lui fino alle ultime ore della sua vita.

## BIBLIOGRAFIA

- CESA-BIANCHI, M., *L'evoluzione del rapporto medico-paziente*, «Psichiatria e Medicina», II, 1, 1988.
- CESA-BIANCHI, M., FESTINI CUCCO, W., SALA, G., *La competenza clinica nell'approccio psicoterapeutico a fronte dell'urgenza. L'intervento psicologico nella salute*, Masson, 1989.
- CESA-BIANCHI, M., SALA, G., *Ospedale e Psicologia*, «Rivista di Psicologia Clinica», 2, 1989.
- CESA-BIANCHI, M., SALA, G., *Il paziente e l'ospedale: l'organizzazione e il vissuto*, «Psicologia Medica», 1991.
- CESA-BIANCHI, M., *The formation of a medical doctor's personality, perspectives opened by the new italian medical degree*, V Conferenza permanente italo-polacca di psicologia, Amalfi 1991.
- CESA-BIANCHI, M., RUDAS, N., *In tema di sofferenza psichica*, Cagliari, Celt, 1993.
- CESA-BIANCHI, M., SALA, G., *Ospedale e Psicologia. Psichiatria di consultazione e collegamento nell'ospedale generale*, Editre, 1994.
- CESA-BIANCHI, M., *Il problema del "come" comunicare*, Atti del convegno *L'informazione al paziente, normativa, etica e prassi*. San Paolo, Milano 24.2.94, anno XII°, pp. 45-49.