

MEDICINA NARRATIVA E COUNSELLING IN MEDICINA GENERALE

Vincenzo Masini

Federazione PREPOS Counselling relazionale, Grosseto

Il vissuto di una malattia rara, presenta sentimenti dolorosi da sostenere in chi li ascolta, in chi cura e in chi vive insieme al malato sofferenze di angoscia, di solitudine, vuoto esistenziale e profondo senso di ingiustizia.

Per tre motivi:

1. Il primo è quello dell'empatizzazione del dolore della malattia: La sua peculiarità rende ancor più difficile trovare giuste e opportune espressioni di vicinanza.
2. Il secondo è quello della consapevolezza di non disporre dei mezzi necessari per la cura, non tanto per la loro assenza in assoluto, ma perché il mercato dei farmaci per le malattie rare non li considera un buon investimento. E ciò produce un generalizzato senso di colpa.
3. Il terzo è la difficoltà di comprensione della particolare sofferenza che il malato propone. Spesso ignota e di difficile interpretazione, sia per il dolore fisico che per le specifiche limitazioni nella vita sociale.

In questo quadro la medicina narrativa appare come una risorsa decisiva se non altro perché è una critica pratica al linguaggio "medichese" mescolando ad esso i linguaggi delle emozioni e dei sentimenti espressi nelle storie di malattia. La medicina narrativa riempie un altro grande vuoto: quello della psicologia della relazione di cura. Non è un caso che la medicina narrativa trovi maggiori consensi nella pedagogia, nell' antropologia, nella sociologia e nel *counselling*.

Ho pubblicato nel 2004 il primo volume in Italia sulla medicina narrativa dopo aver frequentato per anni il web attingendo idee e informazioni dai siti americani, spinto da una esperienza professionale molto originale.

Avevo avuto in psicoterapia alcuni medici di medicina generale con i quali, successivamente, ho iniziato a collaborare lavorando con i loro pazienti e mi sono interrogato sugli intrecci delle storie di vita dei medici e sulle storie di vita dei loro pazienti che mi consultavano.

L'esperienza del gruppo di Porto Rosso, pseudonimo che non ha retto a lungo ma che continuo a non svelare per deontologia professionale, mi ha costretto ad interrogarmi sulle articolazioni linguistiche e narrative delle storie dei medici e delle storie dei pazienti.

Prima domanda: *perché certi pazienti sceglievano quel medico e non l'altro, pur nella ampia possibilità di sostituirlo?* Risposta: i miei amici medici avevano stili comunicativi inequivocabili:

1. Il dottor Giacomo era dinamicamente motivante, sanguigno, energico, inserito nella comunicazione di comunità, medico all'antica, efficacissimo con pazienti fragili e timidi. Avevo raccolto le storie di vita dei suoi pazienti e si presentavano tutte incentrate sullo spazio, sui luoghi. Lo spazio è in genere emozionale. Si riferisce ai luoghi in cui avviene il racconto e rispecchia i sentimenti del personaggio (se cupo sceglie spazi bui, notturni, ecc.). I racconti dei pazienti descrivevano prima lo spazio e poi l'entrata in scena. Nelle loro storie il punto di vista del narratore era focalizzato sul sé o con focalizzazione zero, quando il narratore era onnisciente, sapeva tutto e presentava compiutamente i personaggi, o con focalizzazione interna, quando il narratore era dentro la storia, protagonista o testimone, oppure era narratore regredito che non è nella storia ma la riassume.
2. La dottoressa Marcella era tollerante e aperta, sofferente perché diabetica, comprensiva della sofferenza altrui, umile e disponibile. Le storie dei suoi pazienti erano sempre

incentrate sul tempo. Il tempo descrive la dinamica della fabula (la sequenza cronologica), dell'intreccio (il modo in cui viene narrata e presenza di flashback o anticipazioni). Le loro narrazioni riguardavano i modi in cui era proposta la storia: a volte storie con flusso di coscienza (pensieri senza interpretazioni e senza logica), monologhi interiori, veri e propri soliloqui oppure dialoghi con lunghe digressioni, che sembrano produrre altre storie che si allontanano dalla racconto. Storie al congiuntivo da esplorare, le cui potenzialità sono estremamente terapeutiche ma solo per questo tipo di persone.

3. Il dottor Romano intellettuale e informato, su tutto. I suoi pazienti erano complessati. Le loro storie cercavano di dare una immagine di se stessi diversa dalla realtà. Storie con continui periodi ipotetici "se fossi... farei...". Racconti pieni di figure retoriche o artifici: sempre simboliche, con introduzione di figure di significato: antitesi, contrapposizioni, similitudini, metafore, allegorie e analogie.

Perché queste differenze? Ciascuno cerca nel suo medico ciò che a lui manca. Il medico è scelto sulla base del suo stile relazionale e il paziente si racconta a seconda della posizione che il medico assume nei suoi confronti.

È la disposizione narrativa del locutore che rende l'interlocutore disponibile ad un'apertura empatica. Tale proposta può essere un atto comunicativo linguistico o non linguistico oppure una semplice posizione relazionale.

Solitamente si discute di empatia riferendola al soggetto empatizzante; la ricognizione sulla letteratura dell'empatia, che ho svolto altrove (Masini, 1996; Masini, 2000; Masini, 2004) sotto lo stimolo della riflessione fenomenologica di Edith Stein (Stein, 1985), è sempre riferita all'attore empatizzante il vissuto dell'interlocutore. Qui, invece, può prendere forma la suggestione narrativa come proposta, affinché l'altro entri maggiormente in contatto con il suo sé, e con il sé del locutore.

Nella narrazione del paziente ci sono urla, pianti, lacerazioni, liberazioni, lacrime silenziose e profonde. La narrazione del dolore disintegra l'io in chi la sa ascoltare. E allora si incontrano l'umano del clinico e l'umano del paziente e spesso si attua una scintilla prodigiosa: *l'intuizione terapeutica*.

La narratività introduce nella diagnosi e nella terapia una nuova classe di dati malamente maneggiati attraverso il solo approccio *evidence* che hanno bisogno di essere raccolti in un sistema di processi comunicativi, atti linguistici e modelli relazionali che intervengono nella co-relazione tra operatori e tra operatori e pazienti. La co-relazione che nasce tra operatori e pazienti mediante processo di medicina narrativa innesca diversi modi del comunicare che possono prendere le forme del processo interattivo, simbolico o fiduciale.

Un *processo interattivo* è una azione sociale obiettivante, centrata sul ruolo, che si fonda su atti linguistici illocutori (ordini, comandi, richieste, persuasioni). Nell'atto illocutorio le parole vengono usate per fare affermazioni, dare valutazioni, dare ordini, fare richieste, fare promesse, ringraziare, scusarsi,... nella sequenza della conversazione all'atto segue la conferma della ricezione, mediante segnali convenzionali o mediante risposta. In genere si presentano con la prima persona del presente indicativo attivo ("*Ascolta i miei suggerimenti!*", "*Ti ordino di partire!*", "*Le assicuro che funziona!*", "*Assuma questo farmaco!*"). Il processo interattivo mette in atto una relazione dinamica che imprime un impulso nel soggetto destinatario modificando il suo vissuto e il suo stato d'animo mediante un processo di attivazione. Il processo sociale di tipo dinamico interattivo è presente nelle comunicazioni di rimprovero, di incoraggiamento e di gratificazione ed è fondato sulla "tenuta del turno" nella conversazione e sulla massimizzazione del profitto comunicativo nel momento della prevalenza del locutore all'interno della sequenza di prese di turno conversazionali. Il fine della comunicazione è persuasivo e assertivo e tende a porre chi parla in una posizione *up*. Il modello di sequenza conversazionale è quello della Domanda, Risposta, Commento e, successivamente, nuova Domanda, ecc.

Il *processo simbolico* utilizza invece la mediazione dei simboli e si pone ad un livello comunicativo più distaccato e neutro. La comunicazione rimanda a qualcosa di altro che già è conosciuto o è stato detto o su cui vi è o si sta creando sintonia di vedute. Il processo di tendenziale condivisione dei simboli che tende alla costruzione dell'intesa è svolto mediante atti linguistici al "congiuntivo", "Se le dicessi che..", "Qualora sperimentasse effetti...". Nell'ottica narrativa la raccolta di storie di malattia implica la ricognizione delle alternative e produce "narrazioni al congiuntivo" ovvero "l'esplorazione dei significati possibili". Questo processo discorsivo aumenta il controllo personale dei significati e l'apertura all'empatia cognitiva mediante la quale si investiga sulla categorizzazione dei significati utilizzati dall'interlocutore e l'immedesimazione proiettiva nel suo mondo simbolico. Queste forme comunicative sono strategiche perché tendono a far fare qualcosa a qualcuno dandogli una certa informazione.

Il successo nella condivisione del significato dei simboli consente alla comunicazione di diventare suggestiva o assertiva determinando cambiamenti nel punto di vista e nelle azioni dell'interlocutore. La sequenza conversazionale che meglio può tipizzare questo processo è Domanda-Risposta-Nuova Domanda che, solo al termine della sequenza, possono concludersi con un atto illocutorio o locutorio. Le forme comunicative più usuali sono quelle della responsabilizzazione, dell'informazione o dell'insegnamento, della tranquillizzazione.

Il *processo fiduciale* si fonda sullo scambio di locuzioni senza tipizzazioni reciproche, all'interno del quale, cioè, il ruolo sociale degli attori è in secondo piano. Esso attua il processo anticipatorio dell'empatia emozionale o affettiva. Il locutore si apre ad accogliere il vissuto emozionale altrui, "lo sente", procede all'immedesimazione riempiente e si conclude con l'oggettivazione, ovvero, la riflessione sul significato di ciò che l'altro vive. Nei processi relazionali a sfondo empatico c'è una costante anticipazione da parte del locutore di quanto è emozionalmente in atto nell'interlocutore. Qui la disposizione narrativa si dispiega nelle sue potenzialità giacché sta nell'atteggiamento del locutore e nella sua apertura empatica la possibilità di esprimersi mediante narrazione da parte dell'interlocutore. Lo sviluppo dell'*arousal*, ovvero la percezione somatica delle emozioni, è il segno più caratteristico dell'empatizzazione. La sequenza comunicativa tipica di tale struttura di narrazione relazionale è Anticipazione del Vissuto-Risposta-Affermazione o Domanda. Tale modello appare nelle comunicazioni di sostegno e di coinvolgimento emotivo.

Sulla base di questi tre modelli ho cercato di analizzare le comunicazioni dei medici come riportato in Tabella 1. La Tabella mostra in sintesi le interconnessioni analizzate dagli approcci comunicativi, neurofisiologici, linguistici, psicologici e sociologici che hanno studiato le relazioni. Lo schema offre chiavi plurime per l'interpretazione della genesi delle relazioni e della loro trasformazione in strutture

Tabella 1. Comunicazioni dei medici: processi e interconnessioni

Processo sociale	Atto linguistico	Processo comunicativo	Modello empatico	Processi neurofisiologici	Meccanismi di difesa
Dinamico interattivo	Illocutorio	Persuasivo	Empatia reattiva (immedesimazione, imitazione)	Attivazione	Proiezioni e introiezioni
Fiduciale	Locutorio	Narrativo	Empatia affettiva	Arousal	Negazioni e conferme
Simbolico	Perlocutorio	Euristico	Empatia cognitiva	Controllo	Scissioni e associazioni

La lettura del volume *La società dell'umano* di Donati (Donati, 2009) mi ha offerto una nuova importante chiave per leggere i diversi processi in funzione della loro implementazione simbolica nel cambiamento sociale. Donati propone tre registri che presuppongono un tempo diverso: un *tempo-evento* per il registro internazionale, un *tempo-che-dura* per il registro fiduciale (che lui definisce relazionale in quanto sede del vissuto) e un *tempo-dilatato-fuori-del-tempo* per quello simbolico.

Il registro internazionale si riferisce ad un tempo ha la struttura e il significato dell'evento: dura finché dura. Questo registro può essere caratterizzato nello spazio (come avvenimento faccia a faccia) oppure fuori dallo spazio (quando ad esempio parliamo di società dell'informazione e dello spettacolo (Donati, 2009).

Ed è proprio così: l'interazione è immediata come tendenzialmente non-mediata è la reattività. Essa costituisce la base primitiva della relazione allo stesso modo del riflesso senso-motorio piagetiano che è il primo segnale del vivente nella relazione con l'ambiente. Tale reattività permane, modulata e contenuta dalla cognitivizzazione simbolica, anche nelle relazioni pienamente esperite:

Il registro relazionale introduce la dimensione del tempo che dura, ossia fa riferimento alla relazione intesa come ciò che viene agito e vissuto in un tempo che ha durata (esperito, vissuto e che come tale è socialmente mediato (Donati, 2009)

La relazione fiduciale ha luogo nel tempo vissuto perché è condivisione sintonica per empatia delle emozioni nel loro flusso temporale e nella loro relativa durata. Il tempo vissuto in tal modo è narrazione poiché l'espressione dell'emozione è sempre un racconto, fosse anche la trama di un sogno, vissuto in un istante e spiegato in un'ora.

Il registro simbolico si riferisce a ciò che non ha durata in senso stretto, ma si dilata fino a persistere – per così dire – fuori del tempo. Connotazione propria del simbolico (in senso forte) è avere un tempo tendenzialmente non finito (Donati, 2009).

Il simbolo permane come significante della relazione che lo ha costituito al di là della durata della relazione fino a che un altro simbolo, più appropriato o più forte non lo sostituisca.

Le disposizioni comunicative dei medici. La domanda precedentemente posta sui modelli relazionali e comunicativi tra i medici del gruppo di Porto Rosso e i loro pazienti (e sul perché un paziente scegliesse un medico piuttosto che un altro) ha prodotto la costruzione di una ricerca sugli stili relazionali e comunicativi di 130 medici di base mediante un breve questionario di 35 *items* capace di individuare le prevalenze nel loro comportamento comunicativo. Questi *items* derivavano da testimonianze precedentemente raccolte sul vissuto dei medici in relazione al vissuto di malattia dei loro pazienti.

Complessivamente le scelte degli atti sociali e comunicativi da parte dei 130 medici sono illustrate nella Tabella 2.

Tabella 2. Atti sociali e comunicativi dei 130 medici intervistati

Comunicazione	Processi di base	Numero <i>item</i> scelti	Percentuale
Responsabilizzazione	Simbolico	236	24,48
Incoraggiamento	Dinamico	200	20,75
Coinvolgimento	Dinamico	168	17,43
Sostegno	Fiduciale	112	11,62
Gratificazione	Fiduciale	108	11,20
Informazione	Simbolico	80	8,30
Tranquillizzazione	Fiduciale	60	6,22

Le propensioni comunicative dei medici indicano quanto i medici responsabilizzanti scelgano una certa quantità di risposte che presuppongono modelli comunicativi di tipo simbolico, quanto i medici incoraggianti scelgano una certa quantità di risposte che presuppongono modelli comunicativi di tipo dinamico, e così via. Le variazioni di stile comunicativo obbediscono alle caratteristiche di personalità dei medici.

Ma gli stili comunicativi variano in funzione del paziente? Purtroppo no. Appurati gli stili comunicativi, sono stati presentati alcuni video con la simulazione del clima relazionale (equivoco, insofferenza, evitamento, incomprensione, fastidio, logoramento, delusione) per comprendere la correlazione tra lo stile comunicativo di ciascun medico nell’impatto con la narrazione del paziente. Le correlazioni tra stile di risposta e tipo di paziente indicano che i medici cercano di centrare sul paziente la loro comunicazione e i loro atti sociali. Purtroppo però non adottano lo stile comunicativo più idoneo. Lo stile comunicativo adottato “rispecchia” la personalità del paziente, ovvero è dello stesso tipo. Non si pone, contro-intuitivamente come dovrebbe, in una posizione comunicativa terapeutica. Di fronte ad un paziente ansioso il medico dovrebbe adottare uno stile comunicativo tranquillizzante, invece cerca di contenere l’ansia con una comunicazione attiva e dinamica quasi volesse soverchiare autoritariamente il vissuto del paziente, per essere più forte della sua ansia. Di fronte ad un paziente rassegnato i medici del campione indulgono nella narrazione compartecipe senza attivare cognizioni e simboli che conducano il paziente a ri-decidersi; di fronte ad un paziente volubile e inaffidabile cercano di dare spiegazioni, informazioni ed esempi senza attivarsi nel trasmettere qualche emozione (la paura delle conseguenze del suo comportamento, ad esempio) che lo responsabilizzi.

Tabella 3. Correlazione tra stile di risposta nella situazione descritta e tipo di paziente

Stile di risposta	Tipo di paziente	Correlazione
dinamico	paziente ansioso	1
dinamico	paziente rassegnato	-0,25115
dinamico	paziente volubile	-0,57637
narrativo	paziente rassegnato	0,827843
narrativo	paziente volubile	-0,31329
narrativo	paziente ansioso	-0,42825
simbolico	paziente volubile	0,894649
simbolico	paziente rassegnato	-0,50646
simbolico	paziente ansioso	-0,5447

Le narrazioni dei medici e il *counselling* medico

La medicina narrativa può addestrare i medici a sviluppare strumenti adeguati di *counselling* medico. La possibilità di scrittura narrativa da parte dei medici espande infatti la loro consapevolezza. Nei loro racconti ho visto emergere i dubbi, la coscienza del proprio limite, le negazioni, le proiezioni e le scissioni generate in loro dal contatto con il vissuto di malattia. Attraverso la pratica del racconto le emozioni del medico diventano sentimenti e i simboli che usa si fanno più reali e concreti poiché si liberano dai tradizionali meccanismi di difesa. Attraverso l’esercizio della narrazione i vissuti vengono rielaborati e viene alla luce la possibilità di forme comunicative adeguate al vissuto del paziente. Le storie scritte e raccontate offrono strumenti per affrontare le proprie e altrui proiezioni, negazioni e scissioni.

La proiezione, che è il trasferimento su altri di vissuti propri e che serve a difendersi dal senso di colpa può essere contenuta, anche nei suoi risvolti più acuti come la rabbia e l'ansia generalizzata attraverso l'ascolto e lo spegnimento della tensione interna. *"Io la capisco!"* è la frase centrale del *counselling* medico di fronte a processi proiettivi.

La negazione, che è un processo di evitamento degli aspetti sgradevoli della realtà trattandoli come se non esistessero, o la rimozione (eliminazione dalla coscienza di vissuti negativi), con le tipiche forme di chiusura in se stessi, rassegnazione eccessiva, fino al panico, può essere ribaltata mediante consolazioni. E per consolare occorre avere qualcosa da raccontare *"C'è un mio paziente che, ammalato come lei, è riuscito a..."*

La scissione è frattura tra sentimenti e comportamento, ma anche un distanziamento da se stessi, con perdita dell'integrazione normale dei propri ricordi, percezioni, identità o coscienza. Si realizza a seguito di un conflitto interiore intollerabile che costringe la mente a separarsi da informazioni e sentimenti incompatibili o inaccettabili. Nel caso di scissioni è indispensabile contenere la confusione mentale mediante la rigenerazione del contatto con se stessi. *"Lei è una persona che... si ricorda quando..."*. Questo modello comunicativo diventa riorganizzante per il sé. Le storie sono anche un deposito di identità.

Applicando nella formazione dei medici alla relazione con il paziente questo semplice schema, si può già condurre l'esperienza della raccolta di storie al risultato di una più efficace disposizione comunicativa del medico.

Focus e casi clinici

A seguito dell'elaborazione dei risultati del test (trasformato mediante l'elaborazione informatica in *instant test*) sono stati costruiti i *focus group* con l'obiettivo di investigare in profondità gli atteggiamenti relazionali dei medici. Nei focus sono presentati alcuni casi clinici indirizzando la discussione non tanto sulla diagnosi e sugli interventi più appropriati quanto sui modi di rapportarsi a tali pazienti. I casi clinici sono stati ricavati dalle storie di malattia e di salute, alcune delle quali riportate nei capitoli precedenti. I gruppi di focus erano formati da medici che presentavano un punteggio alto nelle categorie comunicative pertinenti allo specifico problema relazionale presentato dai pazienti dei diversi casi clinici. È stato pertanto possibile da parte loro ritrovare il meglio delle loro disposizioni comunicative e la gratificazione conseguente ha prodotto nei focus una discussione aperta con i colleghi, moderata dallo staff dei formatori, con l'emersione di esperienze concrete tratte dal loro vissuto. La ricognizione esperienziale positiva ha consentito a ciascun gruppo di sostenere, con convinzione, il tema comunicazionale efficace per ciascun particolare target di pazienti.

Le risultanze della discussione dei gruppi hanno individuato le seguenti buone descrizioni dei pazienti:

1. *paziente irresponsabile ed emotivo* che deve essere rimproverato e responsabilizzato;
2. *paziente apatico* che deve essere motivato al cambiamento;
3. *paziente rassegnato e fatalista* che deve essere incoraggiato e istruito;
4. *paziente affannato e petulante* che deve imparare a prendere più alla leggera i suoi presunti problemi;
5. *paziente ansioso e ossessionato dai suoi disturbi* che deve essere tranquillizzato;
6. *paziente lunatico, aggressivo o depresso*, che ha bisogno di essere capito;
7. *paziente ipercritico e poco aderente alla realtà* che ha bisogno di attenzione affettiva.

Il sistema di ricerca e formazione poteva vantare di aver raggiunto una pluralità di obiettivi:

1. *i tipi di comunicazione* solitamente adottati dai medici a seconda della loro personalità;

2. *i tipi di paziente*, specie quelli con maggiori problematiche di disagio e di difficoltà comunicative e relazionali.

Raccontare la relazione è un processo narrativo che presenta molteplici difficoltà. Tale tipo di osservazione richiede un livello di domanda interiore più alto del semplice “*Che effetto mi fa quella persona? Cosa sperimento nei suoi confronti?*”. Queste domande sono pertinenti nel momento della presa di contatto comunicativa in occasione di ogni nuovo incontro. Quando la relazione interpersonale è invece attiva occorre chiedersi: “*Cosa corre tra di noi?, Che tipo di rapporto abbiamo? Perché sento... nel momento di contatto con quella persona? Anche lui sente lo stesso clima relazionale che sento io? Come mai avverto qualcosa di “improprio?” Percepisco il rapporto come armonico e appropriato? Che tipo di relazione stiamo costruendo? In che tipo di relazione siamo impantanati?, ecc...*”

C’è ovviamente un legame tra stile di personalità, stile comunicativo e tipologie relazionali: ciascuno percepisce affinità o opposizioni a seconda del suo temperamento e della forma complessiva della sua personalità, ritrovandosi spesso a chiedersi il perché i rapporti che stabilisce con gli altri si riproducano in modo assai simile.

Le variazioni del clima relazione sono lo stesso evidenti ed esse vengono abitualmente lette come processi di azione causale: “*il paziente si è comportato così, dunque io... mi evita e allora... mi sta squalificando e io... forse l’ho deluso, quindi... non riesco a sopportare la sua presenza e...*”, senza prendere in considerazione il fatto che azioni comunicative di oppressione, intimidazione, squalifica, seduzione, demotivazione, istigazione e manipolazione sono già installate nella qualità della relazione in atto tra medico e paziente. Quando superano una certa soglia negativa il rapporto si interrompe. La domanda che abbiamo cercato di porci è stata: “*è possibile orientare lo stile comunicativo del medico in ordine al miglioramento della relazione con il paziente?*” E, prima ancora: “*quanto sono consapevoli i medici della qualità delle loro relazioni?*”.

Narrazioni di storie di vita e formazione al counselling medico

La riflessione sulla narrativa ha prodotto alcuni strumenti comunicativi per il rapporto medico-paziente. La narratività si mostra spendibile come orientamento metodologico di base per il *counselling* medico applicando le sue categorizzazioni a seconda degli obiettivi relazionali che il medico si prefigge.

Narrazione e responsabilizzazione

Chi voglia promuovere un processo di responsabilizzazione in altri deve una semantica povera ma una sintassi efficace. La persuasione rimanda al simbolico e alla metafora ma insiste sugli argomenti presentati ingiungendo e regolando il comportamento altrui con richiami metaforici. Solitamente prende la forma di comunicazione tecnica, con un bersaglio chiaro. Le principali regole per una comunicazione responsabilizzante sono: *essere semplici e chiari*; non dire con 40 parole ciò che si può dire con 10; non perdersi in divagazioni inutili, non usare termini tecnici. *Essere sinceri*; cercare di dire sempre cose vere e nelle quali si crede, non si convincerà mai nessuno su qualcosa in cui il parlante non crede.

Questi obiettivi si possono raggiungere mediante *Medical Fiction* o *Lay exposition*, ovvero creazioni di fantasia o saggi per istruire. La capacità di essere responsabilizzanti verso i pazienti

crebbe con il numero di argomenti, non teorici, posseduti dai medici. Attraverso queste storie è possibile indurre il paziente ad una riflessione narrata sui motivi della sua irresponsabilità.

Incoraggiamento e autobiografia

La comunicazione dinamica può assumere la forma di incoraggiamento e di motivazione. Incoraggiare significa saper dare carica e trasmettere motivazione ad altre persone. Per incoraggiare è prima necessario costruire e dare forma all'energia dentro di sé e poi comunicarla in modo illocutorio per indurre all'azione. L'incoraggiamento richiede impegno in chi lo vuol far percepire ad altri. In genere l'incoraggiamento non funziona quando si commettono alcuni errori, molto diffusi. Spesso chi incoraggia non lo fa con sufficiente energia e convinzione: se, nel momento dell'incoraggiamento, non è espressa una potenza sufficiente e con una sufficiente durata, la comunicazione si perde nel vuoto, non ottiene risultati e porta ad una caduta di tono nell'autore dell'incoraggiamento. Il fatto che l'incoraggiamento debba avere un bersaglio, e fermarsi su di esso con un'individuazione precisa e circostanziata, rende indispensabile la purezza dell'incoraggiamento; se è mescolato a qualche forma di critica, pur se motivata, perde efficacia e si trasforma infatti in una comunicazione doppia ed equivocabile.

Le metodologie di ricerca e azione narrativa più utili all'incoraggiamento sono individuabili nelle autobiografie, sia dei pazienti che dei medici. Lo strumento della raccolta autobiografica è divenuto sempre più importante nella terapia giacché consente di comprendere i processi di meditazione (intesa come scrittura mentale) finalizzati a *tener fermo sulla carta il proprio riconoscimento*.

Il dialogo, la formazione e l'informazione

La funzione della comunicazione formativa e informativa è euristica poiché l'offerta di un simbolo può porre il ricevente alla giusta distanza e produrre una liberazione dai pre-giudizi per mettere in discussione le precedenti impressioni, convinzioni o condizionamenti. Per far avvenire lo spostamento è necessario trasmettere al ricevente la distanza indispensabile per il distacco dall'oggetto della conversazione.

Il dialogo è possibile quando gli interlocutori non sono "del tutto" dentro l'oggetto. La libertà dell'oggetto, e delle personali opinioni su di esso, è la condizione ottimale per attivare processi mentali di apprendimento.

Coinvolgimento

Un abile coinvolgimento è indispensabile con le persone ansiose. Gli ansiosi hanno necessità di controllare e di ordinare le informazioni e si appiattiscono su quelle informazioni che già possiedono. La comunicazione a loro necessaria si fonda sul coinvolgimento emotivo nella loro storia. È dunque necessario che vengano posti nella situazione di poterla raccontare, scrivere e descrivere. Sono pazienti che non hanno problemi di fronte alla proposta del medico di mettere minuziosamente su carta tutto ciò che riguarda la loro storia di malattia e far sentir loro che si è coinvolti nel loro vissuto è il modello comunicativo più ansiolitico che ci sia.

Narrazione suggerente, tranquillizzazione e ipnosi

Il comunicatore che voglia tranquillizzare deve riuscire ad assorbire tutte le tensioni comunicative, a lui rivolte, senza restituire alcun segnale critico, ma solo comprensione e

apertura al dialogo; con la finalità di farlo proseguire più a lungo possibile, senza modificarne il tono e il ritmo. Chi ascolta deve fare assoluta calma dentro di sé e non deviare dal percorso comunicativo scelto dall'altro, non deve contraddire l'interlocutore, pur smorzandone i toni (se è il caso), e non deve cadere nelle eventuali provocazioni che l'altro può rivolgergli. La metodologia narrativa è quella del suggerimento, mai conclusivo, che tende a far vedere un nuovo oggetto proponendolo direttamente all'inconscio dell'altro. Solo se si comprende che l'induzione ipnotica non è un fenomeno da spettacolo ma una caratteristica comune

di alcuni processi che avvengono nella vita di ogni giorno. Senza rendercene conto appieno, tutti noi sperimentiamo la comune trance quotidiana quando ci troviamo assorti in un momento di fantasticherie interiore o di preoccupazione. Durante questi periodi ci astraiano dalla nostra routine quotidiana, a volte automaticamente (Erikson, 1976; Rossi, 1976).

Le tradizionali induzioni ipnotiche non sono niente di più, o di meno, che una liberazione dell'inconscio dal dominio cosciente (ibidem).

Queste forme ipnotiche sono tecniche di comunicazione che agevolano l'attivazione e l'utilizzazione da parte del paziente di associazioni, potenzialità e meccanismi mentali naturali in modi che sono normalmente sperimentati come involontari dal paziente stesso (ibidem).

Comunicazione di sostegno e fine della vita

La ricostruzione, metodologicamente puntuale e precisa, del vissuto di malattia e di morte, apre all'utilizzo del *counselling* narrativo, ovvero per la costruzione di un confronto, senza remore.

La forma più nobile di sostegno è quella che si attua nell'incontro con la sofferenza di pazienti che sono di fronte alla morte. Il rapporto di aiuto con il morente è finalizzato alla sua "buona morte" costruendo con lui un clima di confidenza tale da consentire l'espressione degli immaginari che ciascuno possiede e che ha formulato dentro di sé sul morire e su cosa succede dopo la morte. Tutti gli esseri umani hanno idee, inconfessate anche nelle relazioni più intime, sul destino della loro identità psichica e molte di queste sono cariche di angoscia, o di speranza, a seconda dello stato psichico e delle personalità individuale. È del tutto errato pensare che una visione positiva o negativa della morte dipenda da certezze, religiose o spirituali, acquisite e apprese attraverso la partecipazione a contesti di fede religiosa. I contesti di appartenenza religiosa trasmettono indicazioni di comportamento morale, funzionali alla vita di relazione sociale, ed è sulla base dell'osservanza di tali comportamenti che le persone fondano un'attesa fiduciosa della propria immortalità e del meritato paradiso. In realtà l'angoscia di morte agisce profondamente sulle persone che non hanno mai volutamente affrontato tale tema dentro di sé preferendo rimuoverlo e affidarsi acriticamente ai suggerimenti e alle teorizzazioni altrui.

La mancanza di una profonda riflessione sulla morte produce alcune drammatiche conseguenze: l'angoscia nel morente non comunicata e drammatica, l'emersione della paura della morte e l'incapacità di elaborare il lutto nelle persone affettivamente legate al morente. Per questa ragione è indispensabile sviluppare competenze di *counselling* narrativo ove si voglia essere di aiuto sia ai morenti che alle persone che hanno bisogno di elaborare un lutto.

Uno dei primi compiti da affrontare è quello di trovare il coraggio di esprimere i propri immaginari sulla morte. La raccolta delle esperienze di premorte o di stati alterati di coscienza è preziosa per il medico che voglia aiutare il morente a vivere una buona morte. Non è possibile consolare nessuno se non si ha qualcosa da raccontare e, per poter raccontare, c'è bisogno di aver costruito un catalogo di racconti, di storie e di esperienze che possono essere trasmesse in modo efficace solo se apprese dal contatto diretto con chi le ha vissute.

La narrazione efficace è diretta nel necessario instaurarsi di un rapporto di confidenza tra le persone con un sensibile aumento dell'empatia. Il malato empatizza con immediatezza se ciò che viene riferito dal medico è reale oppure una forma di falsificazione consolatoria.

Chi non abbia costruito un'esperienza personale concreta di racconti e di storie di vita inerenti il vissuto di premorte o di stati alterati di coscienza, apparirà al morente come piatto e falso e, invece di portare un aiuto consolatorio, lo farà cadere in una sensazione ancor più grave di solitudine e di incomprensione. Tale processo di aiuto inizia molto prima dell'evento finale della morte, attraverso il contatto con il malato terminale o con il malato a cui è stata diagnostica una patologia che non ha risoluzione. Già al momento della diagnosi prendono forma le paure che rischiano di diventare il fondamento psicologico del vissuto futuro. La vulnerabilità delle persone alla notizia di una diagnosi infausta si accompagna a diversi vissuti emotivi: terrore, senso di vuoto, sensazione di essere finiti, assenza di sensazioni, stupore auto-analgesico, vortice di pensieri, ecc... Nel momento della diagnosi prende forma nella mente una risposta che a seconda di come sarà verbalizzata e discussa, potrà divenire o meno lo sfondo su cui poggeranno le scelte future. Le principali reazioni possono essere: forte e angosciata preoccupazione per il futuro; percezione improvvisa di avere una scadenza; depressione; aggressività; emersione della volontà di cambiamento; rinforzo delle abitudini negative; fantasie di suicidio.

Nel momento della diagnosi i pazienti spesso sentono una conferma delle loro precedenti intuizioni e avvertono e si relazionano ad essa come ad un punto di non ritorno nel loro destino. È essenziale che nel momento della comunicazione del risultato della diagnosi l'operatore sanitario sia consapevole del fatto che i minuti che seguono la diagnosi sono tra i più importanti per l'organizzazione della vita futura del paziente. Il senso di smarrimento e di confusione per lo shock potrà poi produrre disturbi del sonno, derealizzazione, depersonalizzazione, fame d'aria, senso di prigionia,... In quei minuti l'attività mentale del paziente è concentrata sulla risposta interiore da dare a se stesso circa la notizia e si dibatte per trovare una "frase mentale" che chiude, anche se provvisoriamente, l'angoscia opprimente da cui è assalito.

I pochi minuti di colloquio del momento diagnostico sono penosissimi per l'operatore sanitario che non sia competente di *counselling*, al punto che spesso egli preferisce consegnare le risposte diagnostiche in busta chiusa. Ma quel momento è invece essenziale per tre diversi motivi. Prima di tutto la "frase mentale" in cui si può chiudere il soggetto rischia di diventare il suo atteggiamento di fondo nei confronti del futuro. Ora, al di là delle risposte esistenziali che l'operatore sanitario possiede, ciò che è essenziale è che tale "frase" rimanga aperta, che gli interrogativi non si spengano nella disperazione, che l'angoscia non si impadronisca in modo totale del soggetto.

Perché la chiusura interiore non si annidi come evento traumatico nella psiche del paziente è sufficiente lasciare la comunicazione aperta, anzi, ostacolarne la chiusura. Basta che il dialogo non si fermi lì, basta che la comunicazione abbia un sufficiente numero di scambio di battute, basta che non sia il paziente a sentirsi scaricato ma semmai sia lui a desiderare di "stare un attimo da solo", per prevenire catastrofi psicologiche di difficile riparazione. L'obiettivo è che la "frase mentale" venga verbalizzata, o che almeno, possano essere intuibili i contorni in cui il paziente si è visto proiettato nel futuro.

La narrazione è indispensabile per affrontare le paure che emergono: la paura dell'ignoto è connessa alle produzioni di immaginari che il morente è riuscito a costruire nella sua vita.

L'aiuto nei confronti della paura dell'ignoto è la trasmissione della consapevolezza della continuità della coscienza. La paura della solitudine è dettata dall'incapacità della persona di stare da sola con se stessa. L'unico metodo per superare la solitudine è quello di far dialogare le sue voci interne, le voci delle persone che le vogliono bene: voci interiorizzate e che si possono far dialogare dentro di sé in modo che facciano compagnia. La paura di perdere il controllo di sé e delle emozioni ha a che fare con la paura di impazzire. I rimedi sono quelli di saper entrare in contatto con i propri pensieri. I conti in sospeso sono un altro importante problema del morente.

L'uso della narrazione è in questo caso indispensabile giacché consente al morente di redigere la sua lettera di addio attraverso un testamento olografico. Tale testamento è una lettera di affetto (o di perdono) alle persone e non uno scarico di obblighi. La narrazione del morente è la testimonianza di ciò che egli lascia di materiale e di spirituale ai suoi amici e famigliari. Ma anche una riflessione di ciò che egli può lasciare ad altri degli organi del suo corpo.

C'è una correlazione tra una "buona" morte (consulenza al morente, informazioni di cui questo ha bisogno per affrontarla serenamente, analisi degli immaginari del morente...) e "lutto normale" e quella tra "cattiva" morte (incidenti stradali, omicidi, morti improvvise, catastrofi naturali...) e lutto patologico. La diversità tra il lutto patologico e il lutto normale verte intorno alla distinzione tra la normale risposta affettiva di dolore, per la perdita di una persona amata, e l'eccessiva o prolungata morbosità psicologica o fisica, che conduce a definirlo come patologico.

Una delle ragioni che rendono difficile l'elaborazione del lutto risiede nel fatto che il congiunto scomparso agisca ancora come immagine nello psichismo dei sopravvissuti. Il defunto continua ad esistere come presenza effettiva pur non essendo più presente e la sua fisionomia viene proiettivamente rintracciata in un viso intravisto tra la folla o nei primi confusi momenti che seguono il risveglio mattutino, in cui i sopravvissuti non si rendono ancora conto che il defunto non c'è più. L'antidoto più efficace per questo "lutto complicato" o "lutto patologico" è proprio il testamento olografico, scritto o videoregistrato, del defunto.

Gratificazione, relazione e qualificazione del paziente

I complimenti sono la comunicazione più semplice e la forma più diffusa di gratificazione. Mostrare apprezzamento e riconoscere un merito ad una persona, la induce a consolidare il suo comportamento e le sue scelte. La gratificazione ha la proprietà di far entrare in contatto le persone con la parte positiva di sé. La gratificazione è individuare quel qualcosa di più che l'altro non vede di sé. Anche in questo caso v'è la comunicazione è narrativa: la precisione di un complimento nasce dall'attenzione non strutturata (la *choiceless awareness* rogersiana) (Rogers, 2000) verso l'interlocutore, aperta a cogliere i tratti del suo vissuto che si manifestano all'improvviso e con autenticità. L'empatizzazione impedisce il formalismo comunicativo che porta a dichiarare quanto si presume che l'altro voglia sentirsi dire.

La gratificazione narrativa richiede domestichezza nella modulazione relazionale, apertura alle situazioni più difficili e adesione al modello di atteggiamento che il paziente implicitamente richiede. La via più semplice è quella di mostrare attenzione (che è la forma più semplice e immediata di affetto) costruendo poi su questa un processo di rinforzo con la gratificazione del primo elemento positivo che incontra nell'altro. Il processo comunicativo, contemporaneamente affettivo e di attivazione dinamica, ha la funzione di far sentire la persona importante e, di conseguenza, la induce a prender cura di sé. La metodologia su cui si fonda la raccolta di narrazioni di gratificazione è quella dei sunti sulle dinamiche relazionali. Per gratificare non servono analisi eccessivamente accurate ma solo la capacità di individuare l'oggetto su cui far leva. Tale tipo di comunicazione ha la funzione di qualificazione del paziente dandogli il massimo di importanza. Essa è assolutamente indispensabile nei momenti in cui il paziente deve saper fare una scelta in funzione di se stesso.

L'attenzione alle storie intrapsichiche, le loro linee di sviluppo e la corrispondenza tra le situazioni correnti con le precedenti e la loro somiglianza, illuminano sul come e Perché un punto di svolta diventi scelta e, nella scelta, come e perché le significanze esterne diventino potenti e simili alle significanze interne. È quello il momento in cui la narrazione personale cambia, anche drammaticamente. Emerge una nuova direzione della vita (Stein, 2001).

Bibliografia

- Altieri L. *Ascolto e partecipazione dei cittadini in sanità*. Milano: Franco Angeli; 2002.
- Ardigò A. *Società e salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: Franco Angeli; 1997.
- Austin JL. *How to Do Things with Words: The William James Lectures delivered in Harvard University in 1955*. Oxford University Press; 1962. Trad. it. parz. in Sbisà M, Penco C. (Ed.) *Come agire con le parole. Tre aspetti dell'atto linguistico*. Genova: Marietti; 1978.
- Bert G, Quadrino S. *Parole di medici, parole di pazienti*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2002.
- Bruner J. *La ricerca del significato*. Torino: Boringhieri; 1992. Tit. or. *Acts of Meaning*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press; 1990.
- Cartabellotta A. Il trasferimento dei risultati alla pratica clinica. *Recenti Progressi in Medicina* 1998;89(3).
- Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust. *JAMA* 2001;286(15):1897-902.
- Charon R, Montello M. *Stories Matter: the Role of Narrative in Medical Ethics*. New York-London: Routledge; 2002.
- Cipolla C. (Ed.) *Trasformazione dei sistemi sanitari e sapere sociologico*. Milano: Franco Angeli; 2002.
- Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(6):573-88.
- Donati P. *La società dell'umano*. Città di Castello: Marietti; 2009.
- Erikson M, Rossi EL, Rossi M. *Tecniche di suggestione ipnotica*. Roma: Astrolabio; 1976.
- Esplidora NM. Sobre bioética y medicina de familia. In *Bioética e MFC*. 1996; Società Spagnola di Medicina di Famiglia e Comunitaria.
- Giarelli G. Narrative based medicine e audit clinico integrato. In Cinotti R, Cipolla C. *La qualità condivisa fra servizi sanitari e cittadini*. Milano: Franco Angeli; 2003.
- Good BJ. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di Comunità; 1999.
- Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative. *British Med. Journal* 1999;318(7175):48-50.
- Hurwitz B. (2003), The narrative turn in medical ethics. *The Lancet* 2003;361(9365):1309.
- Jenicek M. *Casi clinici ed evidence-based medicine*. Milano: Il Pensiero Scientifico Editore; 2001.
- Kleinman A. *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. Basic Books: New York; 1988.
- Masini V. *L'empatia nel gruppo di incontro: linee guida di Prevenire e Possibile per la conduzione dei gruppi di incontro*. Istituto di Sociologia Don Luigi Sturzo: Caltagirone; 1996.
- Masini V. *Dalle emozioni ai sentimenti: l'artigianato educativo e la pedagogia dei gruppi di Prevenire è Possibile*. Prevenire è Possibile: Caltagirone; 2000.
- Masini V. *Medicina Narrativa*. Franco Angeli: Milano; 2004.
- Nicholas B, Gillett G. Doctors' stories, patients' stories: a narrative approach to teaching medical ethics. *Journal of Medical Ethics* 1997;23:295-299.
- Pennebaker JW. Tradurre in parole le esperienze traumatiche: implicazioni per l'abuso infantile e per il mantenimento della salute. *Psicologia della Salute* 1999;2:32-48.

- Prochaska JO, Norcross JC. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Brooks/Cole Publishing Company: Pacific Grove; 1999.
- Rogers C. *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Psyc; 2000.
- Sacks O. *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Milano: Adelphi; 2001.
- Sarbin TR. Embodiment and the narrative structure of emotional life. *Narrative Inquiry* 2001;11:217-225.
- Savignano A. *Bioetica delle virtù*. Napoli: Guida; 1999.
- Searle J. *Mente, linguaggio, società. La filosofia nel mondo reale*. Milano: Cortina; 2000.
- Smyth JM, Stone AA, Hurewitz A, Kael A. Effects of writing about stressful experiences on symptom reduction in patients with asthma or rheumatoid arthritis. *JAMA* 1999;281(14):1304-9.
- Stein E. *L'empatia*. Franco Angeli: Milano; 1985.
- Stein HF. The coming again of age of clinical narrative in (family) medicine. *Families, Systems & Health* 2001;19(2):139-145.
- Sternberg EM. *Writing, Emotions and Memory*. LitSite: Alaska; 2000.