



## **Problematiche psicologiche e consenso informato**

Roberta Senatore Pilleri (e-mail: rsenatore@tin.it)

Molte malattie epatiche, in passato a prognosi infausta, oggi possono essere curate in modo da consentire una sopravvivenza molto lunga. La lunga sopravvivenza determina però anche cure protratte nel tempo che cambiano lo stile di vita e determinano uno stato d'incertezza e precarietà che in alcuni casi può sfociare in uno stato depressivo. C'è da considerare, inoltre, che se in passato i pazienti si affidavano acriticamente e con fiducia a chi li curava, oggi non è più così perché vogliono essere informati e dare il loro consenso alle cure. Se, quindi, in passato bastavano l'empatia e il coinvolgimento, oggi l'empatia e il coinvolgimento devono poggiare su metodologie strutturate al fine di evitare i fraintendimenti di una comunicazione ambigua e le insidie di una relazione troppo distaccata o troppo coinvolgente. Può essere utile, pertanto, analizzare la relazione medico-paziente per comprendere le dinamiche emotive sottostanti ed esaminare i principi che sono alla base di una comunicazione efficace.

### **LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE**

La relazione medico-paziente è stata affrontata in forma sistematica già negli anni '50, grazie a Michel Balint, che alla Clinica Tavistock di Londra analizzò le problematiche relazionali attraverso la formazione di gruppi, costituiti da medici, allo scopo di discutere le problematiche connesse alla loro professione. Tale tipo di formazione si è via via diffuso in molti ospedali europei mentre in Italia, dopo un iniziale entusiasmo negli anni '70, è rimasto silente. Oggi, comunque, anche nel nostro Paese i gruppi di formazione sono abbastanza diffusi e, sebbene condotti con le tecniche più varie, sono tutti debitori nei riguardi di Michel Balint. Lo scopo preminente che li caratterizza è il raggiungimento della consapevolezza relazionale al fine di rendere il paziente più partecipe e responsabile nello stabilire l'iter terapeutico. L'accettazione dello stato di malattia poggia, infatti, sulla partecipazione attiva del paziente, resa possibile grazie ad una informazione adeguata da parte del medico. Questo cambiamento relazionale, basato sul "consenso informato", si è determinato in gran parte grazie al maggior grado di scolarizzazione e quindi di comprensione delle informazioni, tra cui anche quelle mediche. Il paziente deve, dunque, essere informato di tutte le possibilità terapeutiche, col dovere morale e la sensibilità da parte del medico di tener conto delle sue reazioni emotive nonché di quelle dei suoi familiari, se il paziente desidera coinvolgerli nella relazione.

### **LE REAZIONI EMOTIVE DEL PAZIENTE E DEI FAMILIARI**

Ogni paziente vive l'evento "malattia" in modo diverso secondo la sua personalità di base (la stabilità dell'umore, l'uso dell'immaginazione e della fantasia nonché le capacità

adattive di fronte agli eventi nuovi o negativi della vita), i suoi antecedenti evolutivi e le precedenti esperienze di vita (la malattia può far emergere alcuni disturbi della personalità, che in condizioni ambientali ottimali sarebbero rimasti silenti per lungo tempo o quoad vitam). Fermo restando l'unicità di ogni paziente e le differenze individuali nel reagire all'evento malattia, esistono delle fasi reattive, uguali in tutti gli individui, tanto da far ritenere che siano iscritte nel patrimonio della specie. Sono fasi reattive, che si determinano di fronte ad ogni evento negativo della vita, e sono particolarmente evidenti nel caso di perdita di una persona cara. Sono state denominate fasi di "protesta", "disperazione" e "distacco" (Bowlby, 1982; Parkes, 1980). Anche di fronte all'evento malattia sia il paziente che i familiari percorrono le tre fasi: ad un primo periodo di dolorosa "protesta" e diniego, fa seguito un secondo periodo di "disperazione" ed accoramento ed infine un lungo periodo di "distacco" e accettazione oppure di disorganizzazione e grave psicopatologia ( nel senso di non riuscire ad attuare il "distacco" e non essere in grado di accettare l'evento negativo). Tali fasi possono variare per durata e gravità da un individuo all'altro e da una famiglia all'altra tanto che in certi casi il turbamento iniziale può essere particolarmente grave e tale da determinare una completa disorganizzazione mentre in altri casi di breve durata e tale da poter essere superato facilmente. Reazioni diverse possono manifestarsi per malattie d'uguale gravità, ma in ogni caso vi è sempre una reazione di negazione, che talvolta si manifesta nell'incredulità della diagnosi e nella ricerca di una disconferma ai propri timori. E' proprio la negazione che porta talvolta a viaggi inutili e stressanti alla ricerca di un parere diagnostico diverso ed è proprio la negazione che rende più difficile la comunicazione con il medico. Alla negazione possono essere associati, o far seguito, sentimenti d'ansia e depressione e, talvolta, sensi di colpa e risentimenti. Se preesisteva una famiglia serena, tali squilibri possono essere superati più facilmente, ma vi è quasi sempre una fase iniziale piuttosto difficile sia per gli aspetti emotivi connessi al cambiamento che per le trasformazioni delle abitudini di vita: la persona malata deve essere esclusa da varie attività, altre attività vengono ridotte od evitate per non escluderla, alcuni orari devono essere modificati e alcuni cibi evitati. Si tratta di stati emotivi che devono essere considerati delle normali reazioni di fronte a un'evenienza negativa di vita e divengono patologici solo se molto intensi e protratti nel tempo. Vi sono persone che si deprimono e che mettono in atto condotte distruttive; altre che trovano degli aggiustamenti; altre ancora che maturano un'esperienza umana più vasta, una maggior comprensione e sensibilità, e che riescono quindi ad essere di aiuto e a stabilire dei buoni rapporti sia all'interno che all'esterno della famiglia. Al fine di una buona relazione, è importante che il medico comprenda la personalità del paziente.

#### LE CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ

Sono state indicate varie tipologie di pazienti che richiedono linee di condotta differenti da parte dei medici per quanto riguarda le informazioni da fornire e le decisioni da prendere (Emanuel, 1992). Vediamole.

-Il paziente dipendente

'E' quel tipo di paziente che tende a delegare al medico ogni responsabilità è che può dire: "decida Lei, dottore". Tale modalità interattiva può portare il medico a sentirsi lusingato e ad assecondare il paziente, mettendo in atto un comportamento altrettanto improduttivo quanto quello di respingere ogni responsabilità al paziente. Può essere utile, invece, permettere inizialmente un iniziale stato di dipendenza, al fine di favorire la "compliance" e l'accettazione della malattia e successivamente, e con gradualità, responsabilizzare il paziente a saper gestire le fasi critiche della sua malattia.

Questa modalità di operare è più difficile con i pazienti anziani, abituati a considerare il proprio medico un'autorità indiscussa, con potere decisionale. In tali casi il medico non deve farsi irretire in questo tipo di rapporto (oggi particolarmente insidioso in quanto vige il "consenso informato", al quale sia il paziente che i famigliari possono sempre appellarsi),

ma deve saper trovare le giuste modalità per coinvolgere il paziente affinché, seppur guidato, comprenda e decida in prima persona.

-Il paziente ipercritico

E' quel tipo di paziente che fa molte domande e che si perde in particolari inutili e marginali ed ha un'organizzazione di personalità caratterizzata da rigidità e, talvolta, da pensieri ossessivi. Nei casi estremi si può essere di fronte a pazienti che non si fidano, che vogliono sempre rendersi conto di tutto, che non tollerano di delegare niente a nessuno, che cercano sempre di controllare e che sono oppositivi. Se il medico ha una personalità autoritaria o insicura, il rapporto è particolarmente difficile, se non impossibile. Occorre invece rispondere con pazienza ai dettagli marginali, facendo comprendere l'importanza di spostare l'attenzione sugli aspetti generali. L'ausilio di materiale informativo scritto con particolare chiarezza, può essere utile.

-Il paziente ansioso

E' il paziente che non è in grado di decidere perchè sopraffatto dalla diagnosi. Gli sforzi del medico devono essere diretti dapprima a limitare l'ansia e, successivamente, a mettere il paziente in grado di riflettere, per prendere le decisioni più opportune. Può essere, quindi, utile fissare incontri brevi e frequenti, far esprimere liberamente il paziente, far leva sui famigliari meno emotivi e contenere, successivamente, il flusso delle emozioni. Le informazioni, seppur reali, devono incoraggiare la lotta alla malattia: la speranza di guarigione, seppur minima, deve sempre essere concessa.

-Il paziente che nega

E' quel paziente che usa i meccanismi di negazione per gestire le sue paure, per sostenere la tensione. Una negazione iniziale può essere giustificata e adattiva ai fini dell'accettazione della malattia, ma se persiste deve essere contrastata. La negazione solitamente si manifesta nel non ascoltare le istruzioni del medico, nel dimenticarsi di prendere le medicine, nel rifiutare particolari cure.

Il medico deve comprendere la difficoltà a seguire le cure, ma nel contempo deve spronare il paziente a persistere, favorendo incontri con persone affette dallo stesso male e, nei casi più difficili, chiedendo l'aiuto di uno psicologo o di uno psichiatra, a seconda del caso.

-Il paziente consapevole

E' il paziente sicuro di sé o comunque che è in grado di controllare le proprie emozioni, che solitamente ha una solida base familiare con antecedenti evolutivi caratterizzati da attaccamento sicuro ( Bowlby, 1982 ). In questi casi è necessario un dialogo aperto con notizie complete, volto a considerare le opzioni per decidere l'eventuale scelta terapeutica.

Lo schema descritto è puramente indicativo ed occorre tener presente che generalizzare acriticamente può essere insidioso. Esistono casi che sfuggono a qualsiasi classificazione o anche casi difficili che rendono impossibile comunicare le varie opzioni in modo pragmatico. Comunque, una regola da seguire è quella di dare le informazioni al momento opportuno e adattare la quantità di informazioni alla capacità di ricezione e ascolto, al fine di rendere il paziente partecipe e responsabile della terapia. Non esiste una formula ideale per l'interazione medico -paziente come non esiste per qualsiasi altra interazione. Vi è, però, un principio guida che probabilmente è utile in gran parte delle circostanze: essere particolarmente attenti ai propri possibili pregiudizi e alle proprie idee, per evitare di non comprendere i comportamenti e le necessità degli altri. A tal scopo è utile conoscere anche i principali assiomi della comunicazione.

## I FONDAMENTI DELLA COMUNICAZIONE

Comunicare non sempre è facile e talvolta ciò che viene comunicato viene frainteso, soprattutto in quei casi in cui l'emotività è intensa e tale da indurre a comprendere quanto si desidera e non comprendere quanto si teme. E' questo il motivo per cui è utile che il

medico adegui il contenuto delle sue informazioni all'organizzazione di personalità del paziente e adotti un linguaggio chiaro ed adeguato al livello culturale e alle capacità cognitive dell'interlocutore, tenendo presente le regole basilari della comunicazione.

Watzlawick e gli studiosi della scuola di Palo Alto (Watzlawick e coll, 1971), sono stati tra i primi ad occuparsi della comunicazione, da loro definita: "processo circolare interattivo tra un emittente e un ricevente, che si verifica in un determinato contesto e che caratterizza la vita di ogni individuo". L'aspetto nuovo messo in evidenza da Watzlawick e dalla sua Scuola è la circolarità della comunicazione: l'interazione, infatti, non viene più intesa in senso lineare di emittente-ricevente bensì in senso circolare emittente-ricevente-emittente e quindi di retroazione ( feed-back).

In tale ottica tutti i rapporti interpersonali sono considerati come sistemi che si autoregolano in base ai meccanismi circolari della retroazione, nel senso che il comportamento di una persona influenza ed è influenzato dal comportamento di un'altra persona. La comunicazione così intesa è caratterizzata da alcune proprietà o meglio assiomi (verità, che non hanno bisogno di dimostrazione), che permettono di comprenderne meglio gli aspetti pragmatici (si estrinsecano attraverso il linguaggio del corpo o meglio attraverso le modalità comunicative che accompagnano il linguaggio verbale) e quindi di evitare inutili fraintendimenti a livello di relazioni interpersonali. Vediamo, quindi, gli assiomi della comunicazione.

-Primo assioma: "non si può non comunicare".

Secondo tale assioma ogni comportamento è un messaggio, una forma di comunicazione che influenza il comportamento degli altri. Anche il silenzio è una forma di comunicazione ricca di significati, che può esprimere non solo rifiuto e ostilità, ma anche accettazione, esitazione, paura. Se consideriamo il rapporto medico-paziente anche quella che può sembrare un'assenza di comunicazione, come ad esempio un lungo silenzio del medico, diviene una forma di comunicazione pregnante di significati, che possono essere letti in vari modi dal ricevente. Se ad esempio, il silenzio segue ad una notizia traumatica, può favorire dannosi fraintendimenti.

-Secondo assioma: "ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed un aspetto di relazione, di modo che il secondo classifica il primo ed è quindi metacomunicazione".

Secondo tale assioma ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto o comunicazione verbale (di notizia) e contemporaneamente un aspetto di relazione o comunicazione non verbale (di comando) ed è proprio l'aspetto di relazione a definire le modalità in cui il contenuto viene interpretato e a determinare il futuro comportamento del ricevente, che a sua volta diviene emittente perché con il suo comportamento determina il comportamento del ricevente (entrambi i membri della comunicazione sono sia emittenti che riceventi attraverso un meccanismo circolare interattivo). E' questa riflessione sull'aspetto relazionale a definire la metacomunicazione (comunicazione sulla comunicazione) ed è la metacomunicazione a permettere di stabilire se il contenuto della comunicazione è coerente con gli aspetti formali (ad esempio, "la sto ascoltando", e nel dirlo sedersi e porgersi verso il paziente per ascoltarlo) o contraddittorio rispetto ad essi (ad esempio, "la sto ascoltando", e nel dirlo alzarsi e andare verso la porta). Se, quindi, il medico invita il paziente a chiedere chiarimenti con tono affrettato, molto probabilmente il paziente eviterà di formulare quelle domande, che formulerebbe, invece, se il medico rimanesse seduto, usasse toni pacati e rivolgesse lo sguardo verso il paziente!

Là dove esiste una malattia non è raro che ci siano delle forme di comunicazione paradossale, quale il così detto doppio legame, un tipo di comunicazione ambigua, caratterizzata da due messaggi che si escludono a vicenda: da un lato, infatti, le restrizioni dietetiche, le terapie farmacologiche, le limitazioni dell'attività danno il messaggio di "diverso", di "malato"; dall'altro viene inviato il messaggio: "sei uguale agli altri e devi vivere come gli altri", "è come se fossi sano". E' meglio, quindi, dire: "sei malato, ma se ti curi starai meglio, la tua qualità di vita può migliorare..", evitando una conflittualità di messaggi che può essere fonte di turbamento.

-Terzo assioma: "la natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti.

La punteggiatura è la modalità in cui ogni interlocutore mette in sequenza gli eventi. Punteggiare una sequenza significa assumere un punto della sequenza come punto di partenza e pertanto, in una relazione, i partecipanti possono assumere diversi punti di partenza. Affermare che il proprio comportamento è effetto o è causa dell'altrui comportamento è un errore di punteggiatura (prospettiva deterministica di causalità lineare) che potrebbe essere evitato attraverso la metacomunicazione, cioè riflettendo su quanto sta accadendo (soluzione sana). Nei casi di discrepanza di punteggiatura (ad esempio il paziente ritiene d'essere troppo invadente perché il medico è sfuggente e il medico ritiene di dover essere sfuggente perché il paziente è invadente) vi è un conflitto su ciò che è causa e ciò che è effetto mentre in realtà ogni comportamento è sia effetto che causa. A proposito di punteggiatura arbitraria, divertente è l'esemplificazione di Watzlawick che immagina che un topolino, analizzato dai comportamentisti, pensi: "sto ammaestrando il mio sperimentatore perché ogni volta che premo la leva mi dà da mangiare".

-Quarto assioma: "gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico che con quello analogico".

Il modulo numerico (comunicazione verbale, attraverso simboli, come ad esempio le parole) ed il modulo analogico (comunicazione non verbale attraverso gesti, mimica del viso, postura, ritmo della voce) differiscono nel senso che il linguaggio verbale, più complesso ed astratto serve a scambiare informazioni e a trasmettere conoscenze mentre il linguaggio non verbale si presta, a seconda del contesto, ad interpretazioni diverse e talvolta contraddittorie. Esempio a riguardo è il caso del paziente che arriva in ritardo o non si presenta ad un appuntamento ed il medico crede o meno alle scuse del paziente, a seconda del tipo di relazione che si è stabilita.

-Quinto assioma: "Tutti gli scambi di comunicazione sono simmetrici o complementari, a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza".

La relazione simmetrica è caratterizzata da scambi comunicativi che avvengono a livello paritario mentre la comunicazione complementare da scambi caratterizzati dalla differenza, nel senso che vi è una posizione di superiorità (one-up) e d'inferiorità (one-down), che possono essere determinate sia da un gioco di forze all'interno della relazione sia da regole socioculturali (ad esempio nel caso della relazione figlio- genitore, insegnante-allievo....).

Una relazione equilibrata è flessibile in quanto gli scambi simmetrici sono alternati a scambi complementari, a seconda del contesto e delle situazioni. La relazione medico-paziente, pur essendo in gran parte complementare, deve essere anche simmetrica, nel senso che deve essere caratterizzata da una certa flessibilità, utile nei momenti in cui è necessario discutere con il paziente il tipo di terapia. La relazione deve, cioè, essere basata su un reciproco interscambio e non su atteggiamenti autoritari.

#### Le modalità relazionali e la personalità del paziente

Ricapitolando, ai fini di una relazione proficua il medico non deve usare modalità relazionali istintive e legate alla propria organizzazione di personalità, bensì deve comprendere la personalità del paziente. Un'attenzione particolare deve essere data al momento diagnostico perché la diagnosi impone sempre una riflessione molto dolorosa. È stato notato che i pazienti ed i loro familiari gestiscono meglio l'ansia quando viene dato un nome alla loro malattia e quando le spiegazioni sono chiare e adeguate al loro livello culturale. Questo modo di procedere evita che assimilino soltanto ciò che desiderano sentire e che inconsciamente deformino quanto viene loro detto. È, inoltre, utile incoraggiare il paziente ad esprimersi liberamente perché, oltre a contenere la sua ansia, è possibile comprendere meglio l'organizzazione della sua personalità e le difese da lui messe in atto, per far fronte alla situazione. Spesso l'ansia può essere alleviata dal

semplice ascolto perché se l'interlocutore è particolarmente ansioso, il dare troppe informazioni può aumentare il suo stato emotivo. Al contrario di fronte ad una persona che evita di fare domande, può essere utile trovare il modo di rassicurare e spiegare. Un'evenienza che può capitare è che, in base a meccanismi di negazione e di spostamento il dolore per la malattia si trasformi in risentimento contro il medico, il quale per necessità è colui che ha esposto una realtà dolorosa. In tal caso, il medico non deve considerare queste manifestazioni di ostilità come degli attacchi personali e deve evitare di rispondere a sua volta con risentimento o ostilità, che seppur non chiaramente manifesti ed espressi verbalmente, possono essere evidenti attraverso il comportamento, il tono della voce e il modo di porgersi.

Quando sono presenti problematiche di un certo rilievo può determinarsi il rifiuto alla terapia. In tal caso è necessario comprendere le motivazioni sottostanti. Il rifiuto può avere vari significati: può essere, per esempio, una difesa contro la paura della malattia o il bisogno di asserire a se stesso che non si è sopraffatti dal male. E' allora necessario stabilire se si tratta di una reazione depressiva passeggera o di una sindrome depressiva più grave. Avere presenti queste eventualità consente di dare alle diverse reazioni il loro giusto valore, permette di evitare di banalizzarle, di trattarle come semplici manifestazioni d'immaturità, di cattiva volontà o di mancanza di collaborazione. E' evidente che per riuscire a tollerare il diritto del paziente ad avere paura, il medico deve aver superato le proprie ansie relative alla malattia perché un soggetto gravemente ammalato induce ansie in chi gli sta accanto e i pazienti preferiti sono quelli che fanno poche domande e che tengono celati i propri sentimenti.

#### IL "CONSENSO INFORMATO"

L'informazione sui probabili risultati della terapia, sulla eventuale possibilità di scelta tra terapie differenti, deve essere chiara e basata sulla comprensione del livello d'ansia che può caratterizzare una scelta terapeutica rispetto ad un'altra. La valutazione costo-beneficio deve evitare l'evenienza sempre più probabile che il paziente si documenti da solo, esponendosi a fraintendimenti e a sollecitazioni emotive, che sono sempre dannose. La situazione in cui il medico decide la terapia per il paziente, senza consultarlo e informarlo, come si è visto, è andata via via scomparendo ed è oggi stata sostituita da una relazione fondata sull'interscambio e sulla reciprocità, priva di dinamiche permeate dalla lotta per il potere e il controllo. Ogni decisione importante deve, perciò, essere presa, dopo una discussione approfondita e chiara per valutare i rischi e benefici d'ogni possibile terapia.

Un elemento chiave per stabilire un'interazione soddisfacente consiste nel personalizzare il tipo di comunicazione, tenendo conto dell'età del paziente, del suo livello di istruzione, della sua stabilità emotiva e delle sue conoscenze inerenti la malattia. Ognuno di noi ha un modo caratteristico di comunicare con i familiari, con il medico, con gli amici, con le persone in generale. C'è chi è aperto e schietto e chi non rivela quasi nulla, chi riesce ad esprimere grandi emozioni e chi un'emotività minima, chi si presenta passivo e chi appare quasi contestatore. Vi sono pazienti che non gradiscono essere informati ed in tali casi l'informazione deve essere graduale, coinvolgendo, inizialmente e se si presenta l'opportunità, eventuali membri della famiglia. Il linguaggio deve essere chiaro, indicare con sincerità le aspettative prognostiche, pur lasciando, anche nei casi a prognosi infausta, sempre uno spiraglio di speranza.

Per interagire in maniera soddisfacente con personalità così diverse, la comunicazione oltre ad essere concordante, deve essere basata sulla comprensione del paziente, nel senso di comprendere i suoi vissuti, le sue difese, le sue idee sulla sua malattia e le sue aspettative nei riguardi del medico.

In alcuni casi, come ad esempio all'inizio della professione, può essere utile seguire uno schema che, a grandi linee, può essere basato sui seguenti punti:

- dare informazioni semplici e relative a singole problematiche al fine di evitare fraintendimenti;
- fornire spiegazioni scritte semplici e chiarificatrici, che il paziente può leggere in ogni momento, che indichino anche eventuali controlli a distanza da seguire;
- dire sempre la verità, che nei casi più drammatici, deve sempre essere associata ad un po' di speranza;
- discutere le alternative su eventuali rischi e benefici;
- indurre il paziente ad esprimere le proprie esigenze ed il proprio stile di vita al fine di adattare le spiegazioni ed eventualmente la terapia;
- indurre domande chiarificatrici, in particolare riguardo alla eventuale terapia da seguire;
- discutere eventuali tematiche inerenti la sfera sessuale e riproduttiva;
- rassicurare che ogni progresso scientifico inerente la malattia del paziente verrà comunicato tempestivamente.

## BIBLIOGRAFIA

Balint M., Medico, paziente, malattia, Feltrinelli, Milano, 1961.

Bowlby J., Costruzione e rottura di legami affettivi, Raffaello Cortina, Milano 1982.

Emanuel E.J., Emanuel L. L. , Four Models of the Physician-Patient Relationship, in: "Jama", 267, 2221-2226, 1992.

Ferraris Oliverio A., Panier Pagat M., Pilleri Senatore R. (1994), Teorie dello Sviluppo Cognitivo, Sociale e Affettivo, Bulzoni Editore, Roma.

Parkes C. M. (1972), Il Lutto, Feltrinelli, Milano 1980.

Pilleri Senatore R. (1990), Bambini e adolescenti malati cronici, Psicologia Contemporanea, 102, 49-55, Giunti, Firenze.

Pilleri Senatore R. (1992), La malattia cronica nell'età dello sviluppo, Psicologia Contemporanea, 114, 34-39, Giunti, Firenze.

Pilleri Senatore R. (2000), La malattia celiaca. Problematiche psicologiche nel corso dello sviluppo. In: Cativo come il pane, Prae, 1-2, 93-99, Aisthesis Edizioni.

Senatore Pilleri R., Oliverio Ferraris A. (1989), Il bambino malato cronico, pp.256, Raffaello Cortina, Milano.

Watzlawick P., Beavin J.H., Jackson D.D., Pragmatica della Comunicazione Umana, Astrolabio, Roma, 1971.