



Università degli Studi di Ferrara - Facoltà di Medicina e Chirurgia
Prof. Stefano Caracciolo

ABC di PSICOLOGIA PER IL MEDICO



Enea in fuga da Troia viene curato da un medico
(Pompei, affresco I° secolo D.C., conservato al Museo Archeologico di Napoli)

La Persona e la Malattia

Come ricorda Gadamer, conosciamo la malattia da quando, una certa mattina, siamo stati dichiarati ‘malati’ dai nostri genitori e abbiamo improvvisamente scoperto di non poterci alzare, vedendo così venir meno il miracoloso prodigio di cui, inconsapevoli, avevamo goduto fino a quel momento: la salute¹.

Con un imprevedibile ricorrere di episodi, questo stupore del conoscersi malati si ripete nell’arco di una vita innumerevoli volte, mettendoci ogni volta di fronte allo strano fenomeno dell’oblio delle sofferenze precedenti e del ritorno, solo apparentemente automatico, alla inossidabile convinzione che è normale essere sani, disporre di un corpo efficiente, non avvertire dolore.

Proprio per questo motivo la medicina, in passato, è stata più spesso scienza della malattia che non scienza della salute, rispondendo in questo modo alle esigenze della persona di considerare normale la propria salute, senza un limite alla durata della propria vita, in un sogno di eterno benessere senza invecchiamento².

Ma la malattia non è soltanto il risultato dell'incontro di un organismo con un agente che lo aggredisce: si tratta di un attacco alla integrità della persona, che costituisce una minaccia di annientamento, una sorgente di insicurezza e di angoscia rispetto alle sicurezze della salute. Essa prevede, i-



noltre, una modificazione dello status sociale dell'individuo che, se pure perde alcuni privilegi, si trova anche ad essere liberato da alcuni obblighi, e conquista alcuni diritti, per lo meno nella nostra società privilegiata. Se un individuo si ammala, il suo status si modifica: quello che ormai ci si attende da lui è che si curi. Non è più tenuto a giocare il proprio ruolo e a compiere i propri doveri. La società gli darà protezione, ma, come contropartita, lo metterà in posizione di dipendenza. Questa condizione, accettata di buon grado in passato, viene sempre più spesso rifiutata dalle persone ammalate, e questo determina in buona sostanza la crisi attuale della medicina e del rapporto fra medici e pazienti.

La malattia, di fatto, appartiene al corpo ammalato come la salute appartiene al corpo sano. Ci si trova di fronte, però, in questa elegante simmetria di appartenenze, ad un equivoco da affrontare: il significato ambiguo del termine 'malattia', che si può intendere come **termine generico di stato dell'individuo, contrapposto a 'salute'**, oppure come **termine specifico che significa 'entità morbosa nosologicamente identificata'**, ossia inquadrata in un sistema definito di classificazione, indipendentemente dal suo rapporto con la salute. La salute in questo senso, quindi, non esiste se non come condizione virtuale, dato che non esiste una vera e totale assenza di ogni condizione patologica e che ciascun individuo, anche se si sente bene, appunto 'in piena salute', è portatore di piccole o grandi alterazioni corporee che riesce a gestire o a sopportare senza considerarsi malato. Pensiamo ad un deficit sensoriale (miopia), ad una condizione meopratica, intesa come debolezza costituzionale di un organo o apparato (allergia), agli esiti chirurgici perfettamente guariti (nephrectomia). Aggiungeremo pertanto che questa condizione del tutto immaginaria di salute è quella più frequente e che ciascun individuo tende a semplificare la percezione soggettiva del suo stato di salute nella dicotomia 'presenza/assenza di malattia'. Ne consegue infine che questo scarto fra la salu-

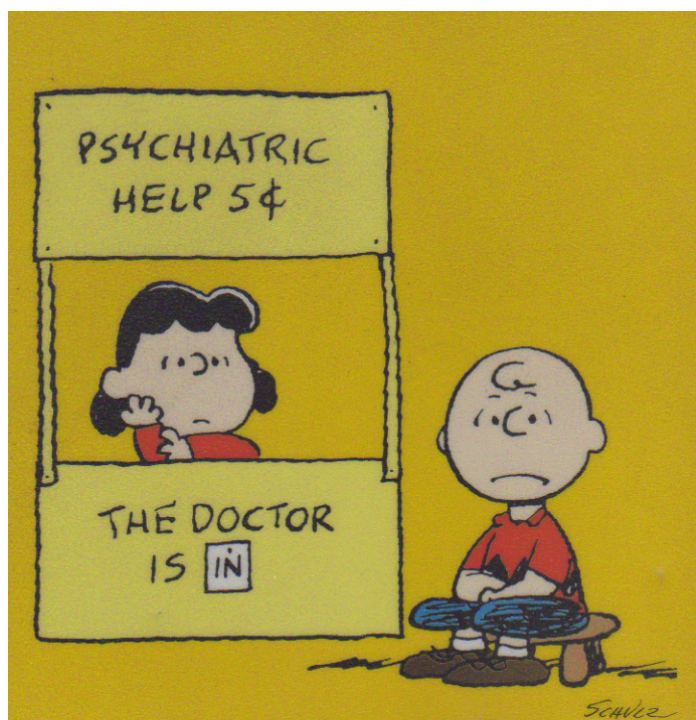
te approssimativa di cui un soggetto gode ed lo stato di malattia in cui la sua condizione patologica riemerge dall'oblio è proprio quella zona grigia che comprende le capacità difensive dell'individuo dal timore di essere ammalato. Un individuo, quindi, che è in grado di accettare le sfumature di disagio della propria condizione psicofisica o, per dirla con i termini della psicoanalisi, che inconsapevolmente mobilita le sue difese inconsce di negazione, non si considera malato pur presentando sintomi mentre, al contrario, un soggetto che sviluppa difese psicologiche insufficienti verso la malattia tenderà a considerarsi malato, anche se forse non lo è, e a cercare aiuto medico. Se in questo suo percorso di mobilitazione troverà conferme ai suoi timori entrerà in una condizione di malattia, se i suoi timori risulteranno infondati potrà placare la sua ansia, rientrando nella percezione di salute, oppure rimarrà in una situazione di ansia, entrando nella situazione psicopatologica definita classicamente 'ipocondria'. Ma esaminiamo ora le due diverse concezioni di malattia.

La **malattia contrapposta a salute** si può considerare uno 'stato psicofisico di alterazione delle normali funzioni dell'organismo, collegabile a segni, sintomi e danni anatomopatologici dimostrabili'. Allora essa consiste in una condizione di malessere soggettivo associata ad elementi oggettivi, in cui l'accento è però collocato sulla alterazione di un equilibrio preesistente. Il concetto era già insito nel principio di 'natura medicatrix' descritto da Ippocrate³, ma bisogna ammettere che anche il concetto di salute appare tutt'altro che conservativo ed è invece assai diverso rispetto ad una normalità in assenza alterazioni. Secondo Canguilhem⁴ lo stato fisiologico dell'organismo è lo stato sano, ma non necessariamente lo stato normale dal momento che anche lo stato patologico è normale, ovvero legato a norme che però appaiono inadeguate rispetto alla sopravvivenza. L'uomo è sano in quanto reagisce normalmente alle variazioni del pro-

prio ambiente, e la guarigione è la riconquista di uno stato di stabilità delle norme fisiologiche.

È evidente come questa posizione contrasti con quella normalmente diffusa nella cultura medica, secondo la quale la malattia è qualcosa che ‘si impadronisce’, per così dire del corpo dell’ospite come un demone prende possesso dell’indemoniato, ed è allora necessario un complesso ‘rituale’ esorcistico per

scacciarla, che si basa su diagnosi e terapia, dopo di che l’organismo malato potrà tornare al suo stato normale di salute. Una descrizione critica di questo tipo di atteggiamento si può trovare anche in Wulff, Pedersen e Rosenberg⁵ dove si sottolinea l’aspetto arbitrario del confine fra salute e malattia e fra le diverse malattie.



Edward Shorter ha descritto in modo molto chiaro⁶ il fenomeno per cui i medici tendono a avere un rapporto con il paziente ‘centrato sulla malattia’ anziché sulla persona. Appare evidente che il concetto di malattia è ancora così centrale nella pratica della medicina di oggi da rendere insensato ogni contatto con il paziente che non riguardi la valutazione dei sintomi ed il loro ruolo in una eventuale malattia. Se si esclude la malattia, il sintomo perde di interesse e non c’è un altro modo di collocarlo, di motivarlo o anche solo di capirlo se non all’interno di una diagnosi. In mancanza di una malattia, persino il sintomo diventa privo di significato ed il paziente

non viene più considerato: se non è malato è sano, e se è sano non si capisce cosa un medico debba fare per lui.

Il dibattito sui rapporti fra salute e malattia si può del resto collocare in questi termini⁷: si possono distinguere una concezione ontologica, in virtù della quale la malattia è interpretata come scarto qualitativo dalla salute, ed una concezione positivista, secondo cui si tende, invece, a far derivare la malattia da una deviazione quantitativamente rilevante dallo stato normale. Nel primo caso, la tendenza è quella di pensare alla malattia come ad un fenomeno interattivo fra la persona malata ed il suo ambiente, con una maggiore attenzione per l'umanità del malato e per la valorizzazione della sua esperienza, in una rete causale complessa. Nel secondo, invece, ci si orienta maggiormente verso una prospettiva riduzionista, che tende a ricondurre gli aspetti biologici della malattia a meccanismi causali fisici e chimici.

Possiamo dunque passare ora ad affrontare il secondo argomento: **la malattia intesa come entità nosologica specifica**. La malattia in senso specifico allude, appunto, letteralmente alla 'specie' della malattia. In questa accezione, il moderno concetto di malattia nasce nel XVIII° secolo con le classificazioni delle malattie, sulla falsa riga di classificazioni e di nomenclature simili a quelle che, da Linneo in poi, sono state sviluppate in quel periodo in Botanica e Zoologia per le diverse specie animali e vegetali.

Con l'adozione del metodo anatomico-clinico, legato allo sviluppo della medicina ospedaliera e della medicina di laboratorio con Claude Bernard⁸, i segni e i sintomi clinici concorrono assieme allo studio anatomico-patologico a determinare il concetto astratto di 'malattia', e da qui inizia quella distinzione dicotomica, del tutto superata ma purtroppo ancora così diffusa fra medici e pazienti, fra le malattie del corpo o 'organiche', in cui a segni e sintomi si associano lesioni anatomico-patologiche osservabili e documentabili sul corpo, e malattie nervose e, poi, mentali o 'funzionali', in cui i segni e

i sintomi segnalavano la presenza dell'alterazione di qualche funzione dell'organismo senza che si potessero documentare lesioni anatomico-patologiche di sorta. Nel caso della presenza di una 'malattia', il concetto astratto definito in base ai criteri della nosografia va però, a partire dal XX° secolo in poi, calato in una realtà più complessa rappresentata dalla predisposizione costituzionale e genetica dell'individuo nelle sue tendenze tipiche.

La moderna nosografia (*classificazione delle malattie*; dal greco 'nò-sos', che significa appunto malattia) si è dotata infatti di sistemi classificatori imponenti, come la ICD-X (Intern-



tional Classification of Diseases, Version 10)⁹ o, per i disturbi mentali, il DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Diseases, Version 4th)¹⁰, in cui le malattie vengono elencate una per una e raggruppate in categorie in base a precisi criteri. Si tratta di una classificazione scientifica di fenomeni naturali osservabili, che nacque con gli autori francesi del primo ottocento, come Alibert¹¹, che, come ben descrive Foucault, per primo propose la nomenclatura medica tuttora in uso: desinenza in *-osi* per le alterazioni genericamente degenerative, in *-ite* per quelle irritative e infiammatorie, *-rrea* per quelle che emettono all'esterno materiale di spurgo, e così via. La scelta dei criteri classificatori è, classicamente, anatomico-topografica, ovvero per distretti corporei, o funzionale, in base alle funzioni degli organi e apparati, ma non si tratta di una scelta obbligata né di una scelta neutrale e ininfluente: essa ribadisce l'atteggiamento distaccato dell'occhio dello scienziato che scruta in modo sistematico le malattie del corpo come entità astratte. La classificazione nosografica non prevede, infatti, di ordinare le malattie per tipo ed intensità

dei sintomi, per gravità della prognosi o per altri criteri che sarebbero certamente più significativi dal punto di vista del paziente. Si tratta, piuttosto, anche di uno strumento tecnico che, al di là delle prospettive di studio scientifico, aiuta i medici a standardizzare le diagnosi, a comunicare in modo efficace fra loro, a confrontare le definizioni per poterle migliorare e raffinare.

L'aspetto tecnico, in realtà, rende questi strumenti assai ostici da maneggiare e, in ultima analisi, inutili se non controproducenti per chi non è addetto ai lavori, ossia per chi non è medico, che infatti fa molta fatica a capire la diagnosi di una malattia. Nel senso proprio del termine, capire la diagnosi non significa affatto essere capace di fare diagnosi. Non si tratta tanto di valutare l'intensità dei sintomi, la gravità, formulare la prognosi, prevedere le possibili complicanze e sequele: si tratta semplicemente – anche se in effetti non è affatto semplice - di incasellarla al posto giusto nello schema classificatorio, valutandone in modo freddo e obiettivo i caratteri, la localizzazione, i segni e i sintomi, come un esperto numismatico classifica una moneta antica o un botanico nell'esaminare una pianta riconosce una specie rara. Intendiamo sottolineare, con questi paragoni apparentemente provocatori, che esiste anche un aspetto di piacere libidico preoggettuale, di origine arcaica nello sviluppo della personalità, che viene investito dal medico in questa operazione del tutto astratta. E' simile nelle sue modalità al piacere del collezionista che vede un esemplare raro e mancante, all'appassionato di arte di fronte ad un quadro da tempo solo sognato. Non si studia un malato ma l'astrazione dei caratteri del suo morbo per confrontarlo con le entità morbose astratte che sono state classificate in precedenza e, se possibile, con soddisfazione, collocarlo al posto giusto nella griglia classificatoria; se non è possibile collocarlo, si può sperimentare la frustrazione di non essere in grado di formulare una diagnosi

ma anche l'eccitamento di scoprire una malattia rara, particolare.

Il punto di vista del paziente, naturalmente, è ben diverso ma, come si può capire, anche quello del medico è molto diverso quando si toglie i panni dello scienziato e indossa il camice del clinico, e con il paziente ha il dovere – ma anche l'intenso piacere - di sviluppare una relazione profonda e empatica. Possiamo allora ricordare con Georges Canguilhem¹² che:

“È dunque innanzitutto perché gli uomini si sentono malati che vi è una medicina. È solo secondariamente – per il fatto che vi è una medicina – che gli uomini sanno in che cosa essi sono malati.”

L'affermazione suggerisce che ci si deve confrontare con le persone malate nelle due successive fasi: prima viene il sentirsi malati degli uomini e solo dopo il sapere in che cosa sono malati. È necessario privilegiare la sofferenza e solo secondariamente si potrà distaccarsene per poter capire e , quindi, sapere: dopo di che si potrà – e si dovrà - far sapere. Per fare questo bisogna avere strumenti tecnici, e la nosografia va intesa in questo senso: uno strumento dapprima utile ai medici e, soltanto dopo, attraversando il processo comunicativo che si definisce mediazione empatica, ai pazienti.

Le dinamiche psicologiche di malattia e guarigione

Che cosa succede sul piano psicologico alla persona che si ammala? Per prima cosa la malattia si accompagna ad una regressione sul piano della autonomia sociale, a un ritorno ad uno status che ricorda quello del bambino; corrisponde ad una modifica della personalità che riporta alla attualità degli atteggiamenti, dei sentimenti e dei comportamenti che rispecchiano quelli infantili.

Il fenomeno della regressione, talora considerato, in passato, in un'accezione negativa, è invece un meccanismo di ricerca di equilibrio grazie a cui la persona, o l'organismo corporeamente, si adatta proteggendosi dagli effetti nocivi del divenire malati e li assimila più facilmente. Ogni sviluppo — e quello della personalità in modo particolare — esige l'integrazione del cambiamento con le strutture prima costituite. Quanto maggiore sarà il cambiamento, tanto più solidamente ancorate dovranno essere le strutture anteriori in modo da evitare la rottura. Regressione ed evoluzione sono i due poli, tra loro complementari, che danno un ritmo a tutta la nostra esistenza come il giorno e la notte, la diastole e la sistole. Ogni volta che l'equilibrio della persona è messo in forse, sia che si tratti di un pericolo esterno, di un cambiamento delle condizioni di vita, di una ferita o di una malattia, i meccanismi di difesa dell'organismo vengono subito mobilitati e primo tra questi la regressione.

Ora, questo ritornare a un modello di funzionamento arcaico implica un determinato numero di conseguenze. Il campo degli interessi si riduce contemporaneamente nel tempo e nello spazio: il malato percepisce solo il passato e il futuro immediato che acquistano, da questo momento, una importanza considerevole. Il tempo viene scandito dall'assumere i farmaci, dai pasti, dalla visita del medico. Il minimo ritardo viene vissuto con grande intensità; il malato esige una risposta immediata alle proprie richieste. Al contrario, gli avvenimenti che hanno delle scadenze non immediate sfumano fino a perdere ogni senso di realtà.

Importante è solo lo spazio immediato, dove si trovano gli oggetti familiari. Alcuni di essi, d'altronde, hanno un ruolo privilegiato. Come nel bambino, fanno parte della persona, sono le « cose che appartengono » (P. Janet¹³), o gli oggetti transizionali » (D.W. Winnicott¹⁴). Servono al malato, come al bambino, per delimitare il proprio «spazio», per definire la propria identità: nella relazione con gli altri sono degli inter-

mediari. Occhiali, la fede nuziale, gioielli, carte di identità, agende, fotografie, lettere, penne stilografiche, ecc. acquistano una importanza analoga a quella che per il bambino hanno l'orso o la bambola. L'ambito delle relazioni interpersonali diventa dunque circoscritto a quelle persone che si occupano del malato, fra le quali un posto privilegiato viene assegnato a coloro che garantiscono di prendersi cura del corpo alleviandone il dolore.

Questo ritorno ad atteggiamenti infantili verso gli adulti che curano, ha delle considerevoli conseguenze nel favorire il « transfert » di cui tratteremo in seguito. Si accentua l'egocentrismo a scapito dell'obiettività. Il malato può prendere in considerazione unicamente le preoccupazioni che lo riguardano; i discorsi intesi e i gesti percepiti non avrebbero altro oggetto che il proprio caso: da ciò il pericolo che può esserci se si parla — anche e soprattutto per sottintesi — di un altro caso davanti ad un malato.



La regressione, che è inseparabile dall'essere malato, è un meccanismo inconscio di difesa dell'Io e come tale deve essere rispettata, perfino favorita. Grazie ad essa, l'organismo riduce l'ambito dei contatti con il mondo e ritrova l'unità e la costanza interne. Soltanto quando si sarà ritrovato l'equilibrio, la regressione dovrà lasciare il posto a una nuova fase di evoluzione che porti alla guarigione. Grazie alla regressione,

la malattia può essere una fonte di rinnovamento che induce il soggetto a mobilitare dentro di sé delle forze fino ad allora inutilizzate e che lo porta a rivedere un certo numero di giudizi e di principi. Ciò rappresenta un'esperienza vitale che, attraverso le limitazioni che comporta e grazie alla messa in atto di meccanismi di compensazione, può avere un valore di arricchimento. Ma si sa bene che la malattia può avere un'influenza deprimente, distruggendo le risorse della persona e sopprimendo il piacere della lotta, e che a loro volta le emozioni negative possono favorire l'insorgenza e lo sviluppo dei processi patologici.

La via verso la cronicità

Alcune persone ammalate rifiutano ogni aiuto, considerano con diffidenza le cure che vengono loro proposte, accusano il destino e si rifiutano di considerare l'avvenire. Gli atteggiamenti regressivi destano in questa situazione dei moti di ripugnanza tanto che questi soggetti, dopo avere tentato di curarsi da soli, si abbandonano allo scoraggiamento. Abbiamo frequentemente notato che il loro pessimismo trova poi una giustificazione in una successiva evoluzione sfavorevole.

Vi sono persino anche pazienti che, anziché diffidare della regressione, vi si affidano fino al punto da desiderare più o meno consciamente che essa si perpetui. Così, appena si delinea un miglioramento, presentano altri sintomi che richiedono nuove cure. La malattia costituisce per



loro uno status permanente

È così che si instaura la cronicità, non tanto per la natura stessa della malattia, quanto per l'atteggiamento del malato nei suoi confronti. Il paziente si comporta — spesso inconsciamente — come se temesse la guarigione che per lui significherebbe abbandonare i privilegi connessi allo status di malato e riprendere ed affrontare la realtà di una esistenza autonoma.

Si tocca qui il problema dei vantaggi secondari della malattia. Freud ha chiamato « vantaggi secondari della nevrosi » i benefici, seppure limitati, che il paziente ricava dalla malattia: il rifugio nei sintomi che liberano da ogni responsabilità, sciogliono da ogni impegno, dispensano da ogni obbligo coercitivo, legittimano le cure, le attenzioni, i riguardi. Questi utili secondari sono come delle « ricadute » che si aggiungono al vantaggio primario che è la lotta per la guarigione o almeno alla riduzione dei sintomi più disturbati. La psicologia sperimentale conferma i dati della psicanalisi. In effetti, una delle principali leggi che regolano il comportamento umano è stata formulata da Thorndike¹⁵ col nome di « legge dell'effetto » nel modo seguente. Gli atti, le cui conseguenze fanno sì che l'individuo non cerca di evitarle, ma al contrario cerca di provocarle e di riprodurle, sono prescelti e fissati in base al loro effetto.

Oramai si comprende perché, quando una emicrania o un accesso febbrile ha più



volte esentato uno studente timoroso da un compito in classe in seguito lo si vedrà presentare questi sintomi senza che si possa spiegare la causa dal punto di vista clinico. Si comprende anche meglio perché un certo pensionato, la cui invalidità è adeguatamente compensata da un aiuto finanziario, giunga talvolta a considerare inconsciamente questo aiuto come la ricompensa dei suoi sintomi che vengono così mantenuti. Questi meccanismi psicologici, conosciuti sotto la denominazione di «nevrosi da rendita», di «nevrosi da assicurazione», di «psicosi da sinistro», non debbono essere confusi con la sofferenza inevitabilmente connessa a ciascuna situazione morbosa né con la simulazione, che implica invece la creazione volontaria e artificiosa di sintomi o ancora la loro falsa affermazione.

La malattia costituisce quindi un attentato alla integrità dell'organismo. Ne consegue che le difese vengono mobilitate, e tra queste difese abbiamo in primo luogo la regressione. Questa favorisce il riequilibrio funzionale e si rivela utile nel processo di guarigione. Tuttavia, implica una nuova evoluzione verso una ritrovata autonomia. Il rifiuto della regressione comporta la messa in atto di difese più rigide che possono essere più efficaci ma che corrono il rischio di non reggere. Al contrario, in altri casi la regressione si accompagna a utili secondari tali che il malato se ne compiace e inconsciamente rifiuta di guarire (cronicità, psicosi da sinistro). Il riequilibrarsi invece, partendo da una profonda regressione e grazie a un meccanismo di compensazione, può essere all'origine di un divenire della personalità, che, senza la malattia, non avrebbe potuto trovare l'occasione di realizzarsi. Quello che importa, dunque, è che si stabilisca un equilibrio armonico tra regressione e ripresa di autonomia e nello stesso tempo tra i fattori che comportano sicurezza e quelli che implicano affrontare la realtà. Ora, questo equilibrio non può venire dato da una ricetta universale. Tutto dipende dalla gravità della

malattia e, ancor più, dalle risorse interne del malato e dal tipo di ambiente circostante.

In un individuo che presenta dei meccanismi di difesa strutturati e ben differenziati, un danno profondo potrà costituire l'origine di modificazioni positive, mentre un attacco analogo in un individuo con difese più o meno strutturate o più rigide potrà lasciare dei segni tali da portare ad un handicap definitivo. Succede che la malattia, e ancora più spesso la lesione, provochi delle manifestazioni di sollecitudine, di interesse, perfino di affetto e di ammirazione che il continuo stato di salute non produce. Sotto il benevolo sguardo degli altri, il soggetto può scoprire in se stesso delle possibilità di coraggio e di sublimazione che lo renderanno un individuo migliore, ma può anche succedere che la paura più o meno riconosciuta di ritrovare un'esistenza piatta o difficile gli faccia inconsciamente desiderare il perpetuarsi dello stato patologico.

La relazione più favorevole è quella in cui, in ogni tappa evolutiva del disturbo patologico, il soggetto beneficia di fattori rassicuranti sufficienti a favorire la regressione adeguata e padroneggia i termini di realtà indispensabili per sollecitare la sua partecipazione attiva allo sforzo di guarigione.

Il medico, il sintomo, la malattia

Così, la malattia non è soltanto la reazione di un organismo a una aggressione interna o esterna, ma una complessa realtà sociale, psicologica e biologica. Perché vi sia malat-

Medice, cura te
ipsum.

L V C E I I I I



Tu congnoys bien la maladie
Pour le patient secourir,
Et si ne scais teste estourdie,
Le mal dont tu deburas mourir. F

tia occorre che si riscontrino dei sintomi e un quadro nosologico. I sintomi sono i malesseri accusati dal malato e i segni obiettivi che il medico mette in evidenza. «Quadro nosologico» è il nome scientifico che il medico assegnerà ai sintomi e che adotterà come guida per orientare la terapia.

È riscontrato che alcuni disturbi non diventano delle malattie a meno che non vengano identificati come tali dal medico. Quante volte questi, finita la visita, afferma: «Stia tranquillo, non ha niente». Talvolta il malato si congeda rassicurato, altre volte, invece, è più inquieto di prima: si sente malato e non può capire quello che ha. E se la sua malattia fosse sconosciuta dalla medicina e quindi incurabile? E se fosse misconosciuta dal medico per fretta, trascuratezza, incompetenza?

Un ulteriore problema nasce dall'interrogativo sulla reale condizione di malattia di questi pazienti. Che siano malati bisogna certamente ammetterlo, perché essi presentano una sofferenza che ha pienamente una causa – o, meglio, una

motivazione – e che senz'altro può venire alleviata. Comunque la malattia di cui soffrono non è quella che viene presentata al medico. La loro sofferenza è di solito di ordine psichico, deriva dal loro malessere di vivere, si tratti di difficoltà familiari, professionali o personali. Se questa sofferenza morale non può esprimersi soprattutto se viene rimossa a livello conscio dal soggetto, si concretizza sotto forma



di una malattia fisica, se non addirittura in un dolore localizzato o in una impotenza funzionale. Questa somatizzazione del dolore psichico è un meccanismo conosciuto col nome di « conversione » e si può riscontrare nelle sue forme più accentuate nei disturbi somatoformi che riconoscono quella matrice in passato definita come ‘isterica’.

Questi malati esprimono a livello del loro corpo un malessere di cui non hanno coscienza e che quindi non possono esternare con le parole. Il sintomo fisico che presentano è una specie di linguaggio, per cui sollecitano un aiuto e la comprensione. Poiché questo linguaggio è un sintomo, naturalmente è compito del medico il cercare di decifrarlo. Secondo le statistiche, una media da 30 a 50% della clientela dei medici generici mette in atto dei meccanismi di questo genere. Ora, il dialogo tra il malato e il medico non è facile, le cause di malintesi sono innumerevoli. E questi malintesi sono sempre più spesso fonte di errori medici, di proteste dei pazienti e di sequele legali.

Per superare questo ostacolo, fin dagli anni '60 del secolo scorso uno psichiatra inglese di origine ungherese, Michael Balint, ha pensato di strutturare dei gruppi con un certo numero di medici (circa una dozzina) per permettere loro di discutere i casi della loro clientela che sembravano indecifrabili sotto questo punto di vista¹⁶.

I «gruppi Balint», tuttora adottati come preziosi strumenti di comprensione dell'agire medico, non hanno come obiettivo quello di insegnare ai medici dei metodi precisi di psicoterapia strutturata. Semplicemente li sensibilizzano ad ascoltare le lamentele dei loro pazienti e scoprire la profonda realtà che si nasconde dietro le lamentele, come i motivi del loro atteggiamento (irritazione, ostilità o, al contrario, esagerata sollecitudine).

La relazione terapeutica

Introduzione alla Psicologia per il Medico

Prof. Stefano Caracciolo, Università di Ferrara, Anno Accademico 2007/2008

Dopo Freud, questi atteggiamenti del malato verso il medico e le reazioni di questo ultimo sono conosciute coi nomi di *transfert* e *controtransfert*.

Con la regressione, il paziente tende a riproporre degli atteggiamenti infantili. Nella misura in cui il curante (medico o infermiere) gioca un ruolo che, per taluni aspetti, ricorda quello dei genitori (protezione, onniscienza, autorità) ci si può aspettare che il paziente sviluppi verso di lui gli atteggiamenti che un tempo aveva già elaborato nei confronti dei genitori. In questo, Freud riconosce il meccanismo di «ripetizione» di cui ha sottolineato l'importanza. Si tratta più precisamente della «sostituzione della persona del medico con un'altra conosciuta prima».



Si afferma che il *transfert* è positivo quando il paziente ritrova così degli atteggiamenti di fiduciosa dipendenza, di attaccamento di tipo filiale. Il *transfert* è detto negativo quando si tratta di atteggiamenti di ostilità, di aggressività e di rifiuto. Ogni relazione, infatti, e più particolarmente il rapporto genitore-bambino, è ambigua. Così non ci si dovrà meravigliare

del carattere ambivalente e talvolta paradossale degli atteggiamenti transferenziali in cui gli aspetti positivi e negativi si mescolano e si susseguono.

Il rovescio della medaglia del transfert è il controtransfert. Viene così chiamato l'insieme degli atteggiamenti indotti nel medico (il curante in genere) dagli atteggiamenti transferenziali del paziente. A questo carattere reattivo si aggiungono e si combinano i meccanismi transferenziali propri del medico. Costui, non essendo malato, non è in una situazione regressiva: i meccanismi transferenziali agiscono in lui in modo più debole. Comunque, nella misura in cui si instaura con il paziente una relazione affettiva, è naturale che risponda «come genitore» agli atteggiamenti filiali del suo paziente e che eventualmente si irriti per la disobbedienza o per la sua aggressività.



Il continuo riferimento all'infanzia e al rapporto genitoriale, che facciamo in questo contesto per far meglio comprendere i livelli funzionali ai quali conduce il rapporto medico-paziente, è evidentemente di ordine analogico. Il malato adulto non è un bambino e il medico non è suo padre. Questo è così vero che uno degli ostacoli del rapporto transferenziale è la possibilità che si tra-

sformi in relazione amorosa. È un incidente di questo genere che aveva rivelato a Freud la nozione di transfert. Al termine di una seduta di terapia, una sua paziente lo aveva appassionatamente abbracciato: egli aveva quindi realizzato che que-

sto slancio non s'indirizzava alla sua persona, ma che si trattava senza dubbio dell'attualizzarsi attraverso la ripetizione di un gesto affettivo, un tempo destinato al padre. Non tutti gli psicanalisti, però, hanno la serenità del loro maestro e ce ne sono molti che hanno sposato una loro paziente. Non si contano più le infermiere che si sono lasciate prendere dal miraggio dell'amore nato da un sentimento materno risvegliato con un rapporto transferenziale.

Nel processo di guarigione gioca un ruolo particolarmente importante un altro tipo di transfert: i problemi che il paziente non ha saputo risolvere nella sua vita reale di ogni giorno vengono trasferiti nella situazione medico-paziente. Questa situazione tende a organizzarsi sul modello di altre situazioni-problemi del paziente. Ma questo modello ridimensionato, semplificato, liberato del suo coefficiente di realtà, può essere affrontato e vissuto nell'atmosfera di sicurezza offerta dalla relazione transferenziale e perdere il proprio carattere conflittuale nella misura in cui viene assimilato.

Il rapporto-medico paziente è analogo al rapporto genitore-bambino, ma ne modifica le cariche affettive, riduce le dimensioni dei problemi, prendendo le distanze, e trasforma le costrizioni della realtà che si trova contemporaneamente ad essere attualizzata e simbolizzata. Questa capacità del transfert di trasformare la realtà sul piano simbolico, attualmente nel rapporto medico-paziente, gli conferisce il suo valore terapeutico. In questo si ritrova l'essenza di ogni processo psicoterapeutico: la realtà patologica è resa assimilabile con la sua trasformazione attraverso una modalità analogica e presentandola nel contesto rassicurante di un « trattamento ».

In questa situazione, si congiungono i metodi di decondizionamento comportamentale e di intervento psicoterapeutico con metodo psicanalitico: si può ipotizzare l'universalità di questo processo terapeutico che senza dubbio si ritrova in diversa proporzione in ogni autentica relazione terapeutica, individuale o collettiva. Gli stregoni indiani utilizzano così

delle tecniche di manipolazione che sono affini alle psicoterapie moderne. Secondo Lévi-Strauss ogni attività di cura: « a volte è una manipolazione delle idee, e a volte utilizza le manifestazioni fisiche: la condizione comune che rimane è che si compie con l'aiuto di simboli, cioè con l'aiuto di significativi, mettendo in luce un altro ordine di realtà che non sia questo ultimo »¹⁷. Questo rapporto simbolico del rapporto terapeutico trova la sua applicazione concreta a due livelli privilegiati: il rapporto del paziente con il medico, nelle sue inevitabili e fluttuanti modulazioni, e il rapporto con la cura, oscillante dalla ricerca spasmodica del magico rimedio salvifico o della fede nella soluzione tecnica ed asettica alla sofferenza, fino al rifiuto paranoide di ogni tipo di ausilio farmacologico.

Valore simbolico del medico

La funzione medica nella storia della civiltà eredita un patrimonio di curatori/guaritori alla quale cerca di sostituirsi con vario successo. L'avvento della biomedicina scientifica non ha spazzato via – né ci si attendeva che potesse - quelle parti irrazionali della mente che per usare le parole di Karl Jaspers¹⁸, sono tuttora presenti e attive:

“Ma, sensato o folle che sia, tutti i tipi (di medico) del passato sono ancora presenti e nuovamente attivi.”

La presenza del medico, infatti, per il sentimento di sicurezza che apporta con sé, placa l'angoscia e perciò attenua o cancella un certo numero di sintomi che costituiscono una modalità di espressione dell'angoscia medesima, ma c'è di più: si può supporre ragionevolmente, e cominciamo ad averne prova, che una presenza rassicuratoria favorisca la mobilitazione di difese immunitarie e faciliti il processo di guarigione. Si sa

anche che il tasso di morbilità è più elevato nelle persone che vivono sole che tra le coppie. Si è pure accertata la relativa immunità, di cui sembrano beneficiare, in periodo di epidemia, i medici e le infermiere che si dedicano al servizio degli altri a disprezzo del contagio, mentre mille precauzioni non impediscono a chi si isola, raggelato dalla paura, di essere tra le vittime designate.

A quali meccanismi ci si può richiamare per spiegare biologicamente queste contestazioni? Si sa che quando l'organismo viene posto nello stato di allarme che precede la minaccia della ferita, alcuni riflessi arcaici mobilitano il tono muscolare, attivano la circolazione, favoriscono la coagulazione sanguigna, scaricano nel sangue degli ormoni detti ergotropi. Altrettanto si conosce il meccanismo per cui l'organismo, se viene posto in situazione di allarme in previsione di un pericolo infettivo, mobilita delle difese immunitarie ma, se si trova in condizioni di stress, presenta una significativa riduzione delle proprie capacità difensive.

D'altronde, si sa che nell'uomo si possono instaurare dei condizionamenti di ogni ordine, non soltanto con degli stimoli sensoriali (tromba o suono di campana), ma anche con delle rappresentazioni simboliche (parole, idee, ecc.). I metodi di rilassamento (e ancor più l'ipnosi) quotidianamente ci mostrano come una «idea» può bastare per modificare la vasomotricità di un segmento di arto, a provocare o a sopprimere una sensa-



zione di calore o di pesantezza, e perfino una sensazione dolorosa, al punto di poter eseguire degli interventi chirurgici senza anestesia.

Così, la persona del medico agisce come un autentico rimedio. È ciò che Balint ha espresso in una formula divenuta classica, secondo cui « il farmaco più frequentemente utilizzato in medicina generale è lo stesso medico». Ciò che vale per il medico vale anche per i suoi collaboratori, per coloro che gli sono intorno o per l'ambito in cui avviene l'incontro terapeutico. Tale fenomeno, denominato effetto terapeutico aspecifico, è, come si vedrà oltre, alla base anche dell'effetto placebo e riconosce meccanismi neurobiologici e neurochimici ben precisi, legati ai sistemi degli oppioidi endogeni, della dopamina e della colecistochinina¹⁹.

Il fatto di prescrivere è infatti di per sé stesso terapeutico in quanto introduce un ordine nel comportamento del malato. Questo ormai sa quello che deve fare. I gesti del medico: di per sé ansiolitici, mantengono il loro effetto, dopo che se ne è andato, attraverso i gesti dell'ambiente circostante e del malato stesso che costituiscono il riflesso della prescrizione. Si ha pertanto un meccanismo 'sacerdotale' della attività medica che agisce con modalità di suggestione proprio in funzione di meccanismi biologici attivati da una situazione simbolica.



Valore simbolico del farmaco

Molto più della prescrizione, è proprio il farmaco, ovvero il rimedio, quello a cui vengono attribuite delle virtù simboliche. Il termine stesso di rimedio, nella sua radice *med-*, che ritroviamo in 'medico' ma

anche in 'mediazione', è da intendere come il cuore dell'intera definizione della professione medica e della sua tecnica, intesa come il tentativo di trovare rimedi con l'attività diagnostica e terapeutica, compresa, naturalmente, la capacità di strutturare un buon rapporto con il paziente in cui la funzione di mediazione e quella di moderazione sono abilità irrinunciabili

È solo poco più di cinquanta anni che la medicina dispone di una varietà impressionante di medicinali farmacologicamente attivi. Prima si potevano contare sulle dita delle due mani i farmaci la cui azione farmacologica era conosciuta con precisione e il cui valore terapeutico era fuori di discussione. Tuttavia, medici e guaritori utilizzavano migliaia di sostanze semplici e di formule più o meno complesse, da cui ci si poteva attendere degli effetti di solito benefici, anche se non potevano essere spiegati come azione farmacologica.

In epoca vittoriana, nell'alta società londinese era di moda consultare regolarmente il proprio medico per i mille maleseri che colpivano le donne, allora considerati disturbi oziosi e che successivamente sarebbero stati inquadrati nella categoria dei disturbi isterici.

I medici in quei casi prescrivevano volentieri delle formule anodine cominciando con la parola magica placebo che significa « piacerò ». La parola è stata ripresa per designare ogni azione terapeutica legata non tanto a delle proprietà fisico-chimiche, ma a fattori psicologici. Sotto il nome di placebo viene indicata qualsiasi preparazione farmaceutica che non contenga alcun principio attivo dal punto di vista farmacologico: per esempio, pillole contenenti solo un po' di zucchero o fiale in leggera soluzione salina.

Perché l'effetto placebo possa esercitare tutta la sua azione, bisogna che il paziente ignori che si tratta di un farmaco fittizio. Si dice che la somministrazione del placebo venga fatta « in cieco » ovvero « all'insaputa ». Ma si è notato che, talvolta, era sufficiente che l'infermiera incaricata della somministra-

zione del placebo fosse al corrente della sua vera natura, perché l'effetto placebo venisse disturbato. Così, quando si vuole realizzare una sperimentazione rigorosa, si utilizzano dei medicinali che recano soltanto un nome di codice. Si dice allora che è fatta « in doppio cieco » (double blind, in inglese). Gli studi che riguardano l'effetto placebo sono continuati in modo molto attivo nelle prove di sperimentazione dei farmaci per due ragioni principali. Una riguarda la misura dell'effetto farmacologico. Appare essenziale delimitare l'effetto placebo per non attribuire alla composizione fisio-chimica del prodotto alcuni effetti che in realtà derivano da fattori psicologici. Un'altra ragione, positiva questa, riguarda la ricerca sistematica dell'effetto placebo come agente terapeutico suscettibile di sostituirsi a dei farmaci il cui abuso rischierebbe di essere nocivo o il cui impiego si rivela impossibile.

Così, si deve a Pavlov la realizzazione di un primo uso sistematico del placebo applicato nella cura del sonno del suo metodo di condizionamento. Si associava, ad esempio,



all'assunzione di sonniferi il rumore di un metronomo. Dopo un certo numero di associazioni, si poteva indurre il sonno grazie al rumore del metronomo, senza l'uso del sonnifero o almeno con dosaggi molto meno elevati. Attualmente, le cure del sonno beneficiano di

un ambiente particolare, in cui i ritmi musicali, l'alternarsi di ombra e luce, la regolare ripetizione dei rituali del cibo e delle cure agevolano in modo determinante l'azione medicamentosa.

L'effetto placebo non può venire protratto all'infinito. Alla lunga si esaurisce se non è mantenuto dalla regolare assun-

zione di un medicamento farmacologicamente attivo. Ma in molti casi basta un miglioramento transitorio per modificare il corso di una malattia. Varia anche secondo gli individui, le circostanze e soprattutto i disturbi psicologici in causa. I soggetti più sensibili sono quelli che hanno verso la medicina una predisposizione più aperta, senza essere ignoranti o ingenui. Sono aperti al mondo, recettivi, volentieri hanno fiducia nell'ordine stabilito. Per essi, i rimedi sono fatti per guarire e si attendono un sollievo quando li prendono. Al contrario dei soggetti « placebo-sensibili », vi sono i « placebo-resistenti », individui rigidi, oppositivi e sospettosi di qualsiasi prescrizione medica.



Le circostanze giocano una parte importante. Il placebo, somministrato da un'infermiera conosciuta e apprezzata in un servizio medico di alta reputazione, avrà buone possibilità di successo. La presentazione farmaceutica



gioca pure un ruolo: l'iniezione endovenosa è più attiva della capsula e questa ultima lo è più della compressa. Non vi è niente, neppure la confezione, che non debba essere preso in considerazione.

Ma è certamente in funzione delle varie malattie che l'effetto placebo più si differenzia. Se i fenomeni dolorosi (cefalee, mal di denti, crampi muscolari) reagiscono fino all'80%, i disturbi digestivi o cardiovascolari di tipo psicosomatico reagiscono solo nel 40-50% dei casi e in modo transitorio. Tra i disturbi da lesioni, le verruche sono i più sensibili. Al contrario, le affezioni, come le malattie tubercolotiche o cancerose,

reagiscono poco. Alla fine, sintetizzando le diverse statistiche pubblicate, si vede che l'effetto placebo gioca, in terapia (intendiamo sia quella medica che quella chirurgica), un ruolo valutabile in media al 33%, con importanti variazioni che vanno dal 10 all'80%.

Le dinamiche psicologiche che si possono osservare nel rapporto fra Medico e Paziente sono dunque legate alle modalità di funzionamento dell'apparato psichico di ciascuno dei due soggetti che fra loro interagiscono nella prassi medica. Nel paziente, in corso di una condizione di malattia fisica, che rappresenta una minaccia alla integrità del corpo, si assiste spesso a fenomeni di regressione, secondo un meccanismo inconscio di difesa dell'Io che, sovrastato dall'intensità della angoscia cui non riesce a far fronte, regredisce a livelli di funzionamento arcaici ed infantili.

Appare allora nella sua massima espressione una modalità primitiva di funzionamento dei processi di pensiero che a partire dai nuclei più antichi della personalità riesce a farsi strada: il pensiero magico e superstizioso. Nella classica formulazione freudiana, tali meccanismi arcaici di funzionamento, legati alla regressione, costituiscono il nucleo del pensiero magico e superstizioso e si contrappongono, pertanto, ai più evoluti meccanismi logico-deduttivi del pensiero scientifico.

Regredendo, il paziente ripercorre a ritroso le vie che la psicologia e la psicoanalisi hanno studiato nelle prime tappe dello sviluppo psichico infantile, e poi ritrovato in talune patologie mentali, e che, d'altro canto, la antropologia e la etnologia, ci hanno dimostrato caratteristiche di popolazioni e civiltà primitive. Il pensiero magico e il pensiero superstizioso si caratterizzano infatti per l'onnipotenza del pensiero, in base alla quale non è necessario alcun reale nesso, empiricamente osservabile e misurabile, di causa- effetto, per spiegare la successione di due fenomeni e collegarli l'uno all'altro (cura-guarigione, maledizione-morte, causa patogeno-afezione morbosa). Ecco quindi perché nel rapporto medico

paziente risultano fondamentali gli aspetti ritualistici – irrazionali - della anamnesi, dell' esame obiettivo, della prescrizione farmacologica in quanto rimedi magici ed onnipotenti che di per sé scacciano la malattia, indipendentemente dagli aspetti scientifici – razionali – cui è improntato l' agire medico. Partendo da tali presupposti diviene più comprensibile l' esistenza di fenomeni quali l' effetto placebo, il ricorso alle medicine cosiddette alternative, ai guaritori, a certi tipi di omeopatia o pranoterapia in cui questi aspetti ritualistici vengono messi in primo piano dal paziente e dal terapeuta. Ma è nello stesso rapporto medico-paziente che tali aspetti finiscono con il divenire fondamentali in quanto spesso il paziente, in preda all' angoscia di morte ed ai meccanismi difensivi ad essa collegati, inconsciamente li ricerca; parallelamente si osserva una più o meno consapevole politica di rifiuto da parte dei medici di tutto quel complesso di atti e comportamenti verbali e non verbali che a tale sfera irrazionale si riferiscono, con il pericolo di non capire il loro paziente e di non farsi capire da lui, e con le nefaste conseguenze che si impongono sempre più spesso alla nostra osservazione: segnali di una rottura del patto fra medicina e società.

Condizioni psicologiche dell'esame medico

Il rapporto che si stabilisce tra il medico e il malato comporta una doppia dimensione. Una è fondata sulla osservazione obiettiva dei sintomi, l'altra sulla conoscenza intuitiva del significato della lamentela del malato. Il sapere alterna o combinare questi due atteggiamenti contradd-



dittori è una delle maggiori difficoltà dell'arte medica.

Uno di questi atteggiamenti, oggettivante, implica il mettere a distanza il malato, osservato come oggetto. Permette di raccogliere i segni, di ordinarli e di dedurre se esiste o meno una malattia e di quale tipo. L'atteggiamento opposto di accettazione implica una comunicazione intersoggettiva e quindi una identificazione con il malato, visto, questa volta, non dall'esterno ma dall'interno. Il medico cerca dentro di sé l'eco della sofferenza del paziente e da ciò ne ricava un senso.

Quando si tratta di una situazione di emergenza, o è necessario un comportamento chirurgico immediato, si impone solo l'atteggiamento oggettivante e il medico deve guardarsi, se vuole conservare il sangue freddo, dall'identificarsi con la vittima, oppure, al contrario, se si tratta di una nevrosi o di un disturbo schizofrenico, è dentro di sé che il medico riceverà l'eco dell'angoscia e risentirà il malessere dovuto all'impossibilità di stabilire un contatto affettivo. Tra questi due estremi, si colloca la maggior parte dei casi incontrati dal medico generico. Per ciascuno di essi, in proporzioni diverse, sono necessari entrambi gli atteggiamenti. E se il primo s'impara durante gli studi, il secondo si acquisisce solo dal vivo, in seguito ad una lunga pratica. Un certo numero di condizioni materiali favorisce questa ricerca del contatto affettivo. La rispettiva posizione nello spazio sia del malato che del medico non è da trascurare. Diversi lavori hanno dimostrato che gli scambi verbali sono favoriti quando gli interlocutori si pongono a 45 gradi l'uno rispetto all'altro. Sono invece inibiti in una situazione faccia a faccia troppo ravvicinata. Praticamente, il medico, seduto alla scrivania o sul bordo del letto, deve vedere il paziente di mezzo profilo, a una distanza di circa un metro.

L'ESAME FISICO. Le difficoltà si manifestano soprattutto al momento della visita medica. Questa esige un contatto corporeo, quindi il penetrare del medico nella zona di intimità del

paziente, zona nelle vicinanze del corpo il cui limite si pone circa tra 80 cm e 1,20 m. Questa zona o « bolla » (bubble degli autori americani) non può essere superata da un estraneo senza provocare dei riflessi di difesa (contrazione muscolare, scarica di adrenalina e di glucosio nel sangue, vasocostrizione e aumento della coagulabilità sanguigna) che disturbano l'esame o introducono degli errori nei risultati ottenuti. L'approccio, quindi, deve essere progressivo.

L'osservazione del malato permette anche di raccogliere dei dati importanti sui suoi atteggiamenti, la sua mimica, la postura e relative variazioni durante l'esame. Ogni espressione verbale ha un secondo aspetto in una espressione non verbale che si traduce nel tono della voce, nella mimica e nei gesti.

Le emozioni si esprimono con variazioni del tono muscolare, della respirazione e della circolazione e con modificazioni della secrezione. Il medico deve imparare a leggere questo linguaggio, fatto di tensione, di agitazione, di contrazioni o di distensione, di pallore o di rossore, di aridità della pelle o della bocca.

IL COLLOQUIO. Il colloquio con il malato può assumere due aspetti opposti. Il colloquio più tradizionale consiste in un interrogatorio con cui il medico cerca di farsi precisare dal paziente la storia della malattia e le caratteristiche dei sintomi connessi. Di nuovo si tratta del tentativo di oggettivare. Da questo interrogatorio, per il suo aspetto direttivo, tende a

prendere in considerazione solo quanto viene detto con precisione e a trascurare il non detto. Ora questo non-detto è pure un linguaggio che si rivela nei silenzi, nelle associazioni inattese di idee, è il fatto di non par-



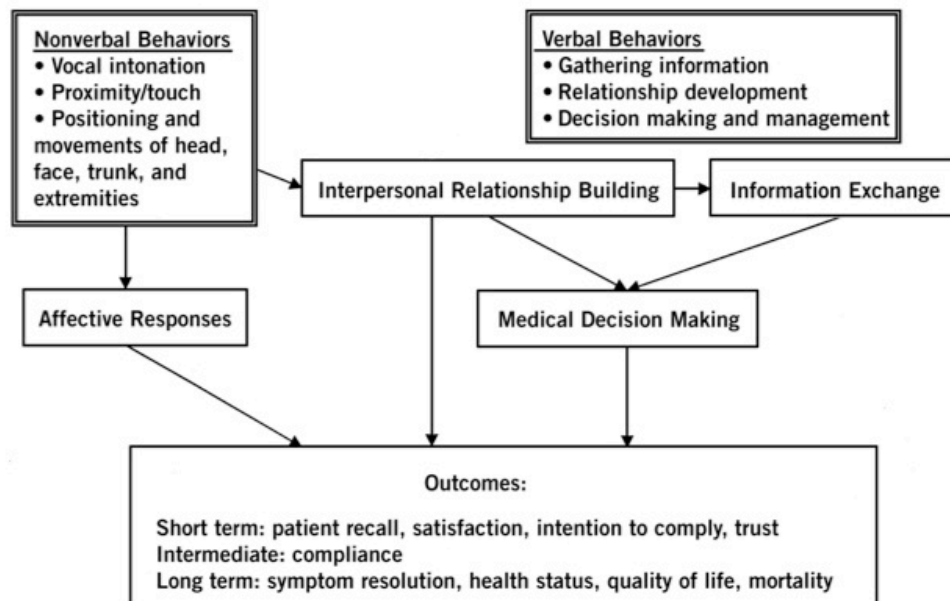
lare del tale avvenimento o della tale persona che può essere rivelatore del ruolo disturbante avuto.

Si chiama anamnesi condotta con stile non direttivo il sistema di visita in cui il paziente si esprime liberamente, raccontando a modo suo la storia della sua malattia. Il medico lo incoraggia a esprimere tutto ciò che si collega, da vicino e da lontano, anche nel modo più illogico, agli episodi riferiti. Cerca pure le omissioni importanti e perciò significative: problemi familiari o professionali, decesso di un parente, ecc. Essere non direttivi significa non porre domande ‘chiusi’, cioè le domande che prevedono una risposta secca: sì oppure no. Questo è invece quello che definiamo stile direttivo, quello consueto e classico per i medici che non hanno alcuna cognizione dei meccanismi comunicativi. Lo stile direttivo, in effetti, ha una sua legittima utilità nella fase in cui le risposte del paziente seguono una flow-chart che il medico ha nella sua mente, nel processo diagnostico. La valorizzazione di questi concetti ha recentemente condotto alla formulazione di un approccio ispirato alla valutazione delle storie elaborate dai pazienti: si parla infatti di ‘medicina narrativa’²⁰. Bisogna pertanto riconoscere la necessità di uno spazio nel colloquio riservato all’intervento più direttivo del medico, ma non soltanto quello e non subito.

LO SPAZIO DECISIONALE CONDIVISO

Dopo la visita, al medico rimane da prescrivere un trattamento e da informare il malato ed eventualmente chi gli sta vicino su quanto è opportuno sapere. La prescrizione è un atto essenziale. Abbiamo visto che il rimedio possedeva dei significati di ordine psicologico. Ma anche la modalità di prescrivere ha un potere terapeutico. Prescrivere significa introdurre un ordine nel comportamento del malato, da ciò il nome di prescrizione dato alla ricetta. Oramai il malato sa ciò che deve fare e questo è più importante che sapere che cosa ha. Lo stesso vale per chi gli sta vicino, la cui ansia esige « che si

faccia qualcosa ». La prima qualità della prescrizione è di tranquillizzare, di dare fiducia. Il medico ottiene questo risultato con la sua calma e la sua decisione. Sa ciò che bisogna fare, anche se si tratta di decidere di aspettare prima di agire. Sapere di non fare niente è molto diverso che non sapere cosa fare.



LA COMUNICAZIONE DELLA DIAGNOSI. Poi viene il momento in cui bisogna dire al paziente ciò che è necessario per una buona riuscita del trattamento. Può darsi che il medico eviti il problema non dicendo niente. Ma facendo così, priva se stesso di un fattore terapeutico non indifferente e allo stesso tempo priva il paziente di spiegazioni di cui questi ritiene di avere diritto. Per il clinico non si tratta di discutere sul caso come farebbe con un collega. Ciò che il paziente si aspetta è di essere tranquillizzato, di vederci più chiaro e quindi di non venire illuso. Ma come si può fare, quando lo stesso medico è ancora incerto e sa che la sua esitazione, se viene percepita, rischia di alterare la fiducia di cui gode? Due regole possono guidarlo.

La prima riguarda la comunicazione: quello che importa non è che cosa dice il medico, ma **ciò che comprende il malato che tende a percepire nelle parole sfumate e prudenti del medico ciò che spera e teme**. In uno studio su pazienti cancerosi che erano stati chiaramente informati sulla natura del loro male, si riscontrava che, cinque anni dopo, il 20% negava in perfetta buona fede di avere ricevuta la notizia. Spetta dunque al medico, in questo contesto, cercare le parole, le modalità di spiegazione e gli argomenti in modo che il malato sia recettivo.

La seconda regola riguarda il contenuto di questa comunicazione. Il medico ha un ruolo molto preciso a cui deve subordinare gli altri aspetti del suo comportamento: venire in aiuto al malato per guarirlo, se possibile, oppure, in caso contrario, aiutarlo a rassegnarsi al suo male e anche, spesso, aiutarlo a morire. Avendo presenti questi obiettivi prioritari, deve **decidere che cosa va detto al malato e come convenga dirlo**.

L'informazione ricevuta in effetti modifica l'atteggiamento del malato verso la malattia e il relativo trattamento e quindi influenza l'evoluzione del male: si chiama « effetto Pigmalione » l'influenza esercitata sul comportamento delle persone dalla fiducia che si concede loro e dalla prognosi che si formula sulle loro prestazioni scontate. In questo mondo la fiducia nella guarigione è un potente motore terapeutico. Al contrario, è stata descritta l'influenza nefasta che hanno le « prognosi distruttive » che tolgono al malato e al medico ogni energia per lottare contro il male. « Si ha sempre la tendenza a



paragonare l'immagine di se stessi che si legge nello sguardo degli altri ». Questa frase chiaramente confermata nella psicopedagogia del bambino, vale anche per l'adulto. La forza di credere nella morte vicina o nella guarigione è tale da modificare l'evoluzione del male. Nelle civiltà in cui è diffuso il pensiero magico, si conosce molto bene la forza malefica del « malocchio ». Quando un soggetto è persuaso di essere vittima di una influenza mortale a cui non può sfuggire, lo si vede deperire e infine morire, confermando così la propria credenza. Al contrario, la fede nei miracoli permette, ancora oggi, ad alcuni pazienti di smentire anche le prognosi scientifiche più sfavorevoli.

Quando si reclama la « verità » per il malato, di quale verità si tratta? Nessun medico ha un'altra verità se non quella della propria intima convinzione, basata sulla sua esperienza e le sue conoscenze. Non è mai una verità assoluta, ma una semplice probabilità di natura essenzialmente statistica, cioè analoga a quella che ci forniscono i sondaggi di opinione. Ancora, la verità percepita dal malato è doppiamente deformata anche rispetto ai dati statistici. Questi ultimi infatti vengono, in un primo tempo, filtrati e riformulati dal medico in funzione della propria esperienza e del temperamento personale. In un secondo tempo, il messaggio emesso dal medico verrà gratificato dal malato di un coefficiente di certezza molto ampliato, in base alla fiducia reciproca. A questo punto, la reazione dipende dal problema dell'atteggiamento del malato, ma anche del medico, di fronte all'invecchiamento, all'infermità e alla morte.



I meccanismi di negazione

Tra i numerosi meccanismi inconsci grazie a cui la nostra personalità difende il proprio equilibrio di fronte agli avvenimenti, uno dei più primitivi è la negazione. Il bambino la utilizza abbondantemente, negando il potere altrui per opporsi, negando il proprio errore a meno che non sia oggettivato da una testimonianza esterna. Anche l'adulto ne fa uso per evitare una ferita all'amor proprio, negando, per esempio, la propria responsabilità nella relazione coniugale.

Costruiamo la nostra propria immagine in riferimento all'immagine altrui. È per questo che il bambino (ed in minor grado l'adulto) prova angoscia o almeno malessere quando altri ci presentano una immagine corporea deformata. Col nome di « angoscia dell'estraneo », Spitz²¹ ci ha descritto il panico che si impadronisce del bambino a cui appare una immagine materna inconsueta (in occasione di un mascheramento per esempio) e inversamente la sua gioia quando riconosce nello specchio la propria immagine che intuisce prima nello sguardo di sua madre.

Il problema acquista tutta la sua pregnanza quando si tratta di immaginare la morte. La nostra esistenza corrisponde essenzialmente a un vissuto soggettivo e non sappiamo immaginarci morti. Per quanto, per la ragione stessa, la morte sia ineluttabile, abbiamo la tendenza a negarla e la maggior parte dei sistemi di religione comportano il concetto di una sopravvivenza. Deve morire solo il nostro corpo.

La morte è dunque sempre la morte dell'altro. Ma poiché la nostra immagine è plasmata dall'immagine dell'altro, la sua morte viene avvertita come un attacco alla nostra persona. Si ritrova questo panico nel bambino di fronte a un infermo, a un ferito, a un volto raggrinzito dalla vecchiaia o semplicemente disgraziato per natura. L'adulto conserva fin dall'infan-

zia questo meccanismo « narcisistico », per cui avverte sul proprio corpo le deformazioni che vede nel corpo altrui.

Il malato dimagrito, talvolta scarnito da una malattia cronica, non si vede come è. Conserva di sé una immagine lusinghiera, ma scadente, come le persone anziane utilizzano le fototessera scattate nella loro giovinezza. Al contrario, l'obeso ignora volentieri la propria deformità corporea.

La morte colpisce pertanto tanto di più se coinvolge chi effettivamente ci è vicino. Così, il malato vive la morte del proprio medico come ciascuno di noi vive la morte di un genitore, come un abbandono, una ferita all'amor proprio. Al contrario, un malato sente talvolta la morte di un altro malato, cui non è legato da nessun vincolo affettivo, come un sollievo provvisorio della minaccia che pesa su lui. La morte ha raccolto altrove la sua razione.

Verso la propria morte, il malato adotta degli atteggiamenti molto variabili e, molto spesso, imprevedibili. Si tratta, talvolta, del panico, di una rivolta, di una protesta veemente: è il caso più raro. Molto più spesso; dopo una lotta più o meno lunga, c'è la calma e il sollievo di depositare, infine, il fardello della esistenza.

La fede religiosa e la credenza nell'aldilà possono avere una parte importante. Ma è soprattutto la presenza delle persone care, di coloro nella cui memoria ci si perpetua, che aiuta maggiormente ad accettare la morte. Il medico qui può avere una parte essenziale. E colui in cui si ha fiducia. Rappresenta una figura paterna. Quando non vi è più nulla da fare sul piano terapeutico, può succedere che il medico, chiamato ad altri compiti, sia tentato di trascurare le sue visite. Può farlo se il morente è circondato da affetto. Se è isolato o lasciato in un ambiente portato alle grandi lamentele, il ruolo medico non finisce con la dichiarazione di una prognosi fatale.

Per il medico, questa tentazione di lasciare ad altri la cura di aiutare il paziente a morire — che ne abbia più o meno coscienza — è legata al problema che ogni medico deve affron-

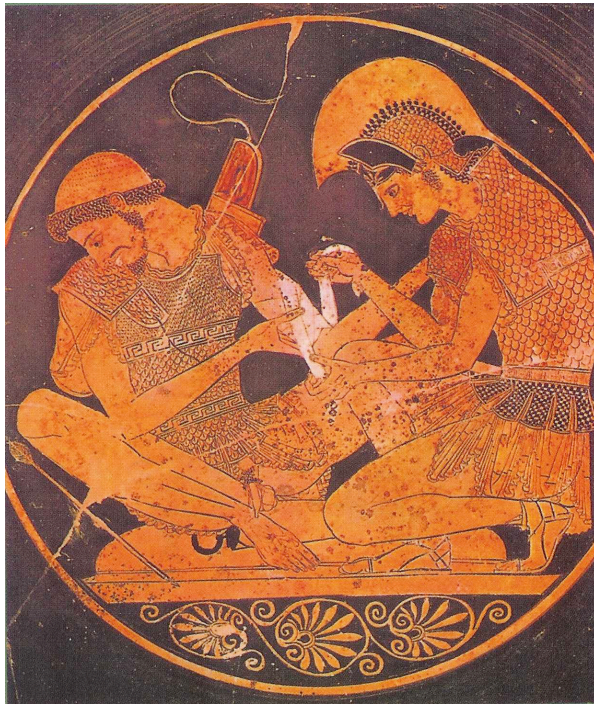
tare davanti alla morte della persona la cui esistenza ha tentato di conservare. Se il medico rappresenta per il paziente un personaggio paterno, questi è per il medico come un figlio, quello della cui vita è responsabile. Tale figlio è come una parte di lui stesso e la morte del malato, da lui curato a lungo, è un po' l'immagine della propria morte.

L'eutanasia e la sopravvivenza artificiale

Il problema della morte si pone anche in altri modi. Ci rimane da prendere in esame la morte volontaria del paziente e quella data al paziente da chi gli sta vicino. Occupiamoci della eutanasia, cioè della morte data nell'esclusivo interesse del malato e non dell'assassinio perpetrato da eredi impazienti. Qui non si parla del suicidio in generale, ma solo della morte provocata dal paziente stesso per finirla al più presto con la malattia. Si tratta di una eventualità molto più frequente di quanto non si immagini. Talvolta, sono dei malati lucidi, perfettamente coscienti della evoluzione fatale della propria malattia, del progressivo decadimento e delle sofferenze cui sono destinati, dell'onere che impongono ai loro cari, ma è più frequente che il malato suicida si creda a torto definitivamente finito. Ha creduto di capire quello che il medico voleva dire e che non ha detto o anche ha creduto di indovinare da un atteggiamento dei suoi cari ciò che caritatevolmente gli si voleva nascondere.

Alcuni malati, cosiddetti immaginari, si credono in questo modo affetti da un cancro incurabile, mentre i disturbi non esistono se non nella loro mente. Tra loro ve ne sono alcuni, il cui disturbo mentale è transitorio, facilmente curabile e le cui tendenze suicide devono essere accuratamente affrontate.

L'altro aspetto dell'eutanasia consiste in un atto deliberato del medico o dei parenti che abbrevia la vita del malato con o senza il suo consenso.



Si tratta evidentemente di un omicidio che da un punto di vista morale e penale si differenzia dal suicidio di cui parlavamo prima. Può capitare che sia il malato stesso a supplicare il medico di porre fine alle sue sofferenze. In questo caso, quando il momento fatale è ineluttabile, con una scadenza relativamente prossima, il medico certamente si trova di fronte

a un difficile problema morale. Davanti a dei dolori intollerabili è suo compito soppesare i rischi e i vantaggi di una insolita dose di sedativo. Il medico è il difensore della vita ed è indispensabile che ogni malato possa confidare in lui con la certezza che in nessun caso gli darà la morte volontariamente. Equivale a dire che il gesto eutanasiaco del medico non può essere che il prolungamento della sua azione terapeutica, nel rispetto del paziente e non in ragione delle proprie opinioni filosofiche. Ma quando il gesto che darà la morte dolce è richiesto da chi sta vicino, si può capire come il medico, incerto su ciò che il malato avrebbe desiderato se fosse cosciente, si rifiuti di compierlo. Questo atto è d'altronde contrario al codice deontologico che regola la professione medica.

Introduzione alla Psicologia per il Medico

Prof. Stefano Caracciolo, Università di Ferrara, Anno Accademico 2007/2008



La morte del malato oggi pone un problema di ordine tecnico che ha pure delle conseguenze psicologiche. In un soggetto in coma, è oramai possibile mantenere in attività un certo numero di funzioni dell'organismo in modo artificiale. Così, la scadenza della morte può essere superata e questo permetterebbe in alcuni casi di riportare in vita, dopo un coma più o meno prolungato, dei soggetti che un tem-

po sarebbero rapidamente deceduti. Quando si tratta di un incidente o di una affezione a evoluzione rapida in un soggetto giovane, questa vita artificiale è legittimata. Ma cosa può significare il prolungamento della vita in un soggetto destinato a una morte prossima e già fortemente indebolito? Per il medico il problema è molto differente: deve decidere se ritardare artificialmente una morte « normale » o se abbreviare una vita di cui si ignora se ci siano delle potenzialità inesprese che possono essere esteriorizzate solo sul registro del dolore. È del tutto evidente che le risposte a queste problematiche vanno ricercate al di fuori della medicina, in un dialogo con la filosofia, la bioetica, le scienze umane.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

-
- ¹ Gadamer, Hans-Georg: *Dove si Nasconde La Salute*, (Ed.Or.: 1993) Milano, Cortina, 1994.
- ² Caplan, Arthur: The 'Unnaturalness' of aging – Give Me reason To Live! In: Caplan, Arthur L., McCartney, James J., Sisti, Dominic A. (Eds.): *Health, Disease, and Illness. Concepts in Medicine*. Washington, Georgetown University Press, 2004.
- ³ Ippocrate: *Opere*, a cura di Mario Vegetti, Torino, UTET, 1965.
- ⁴ Canguilhem, Georges: *Il Normale e il Patologico*, Torino, Einaudi, 1998, pag.162, (Or.:1966).
- ⁵ Wulff, H. R., Pedersen, S. A., Rosenberg, R., *Philosophy of Medicine*. London, Blackwell Scientific Publications,1990.
- ⁶ Shorter E.: *Bedside Manners. The Troubled History of Doctors and Patients*. New York, Simon and Schuster, 1985.
- ⁷ Corbellini Gilberto: *Filosofia della Medicina*, in: *Filosofie delle Scienze*, a cura di Nicola Vassallo, pagg.242-243, Torino, Einaudi, 2003.
- ⁸ Bernard, Claude: *Introduzione allo Studio della Medicina Sperimentale* (Or.:1865), Padova, Piccin – Nuova Libreria, 1994.
- ⁹ *Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ICD-10*, Milano, Masson, 1992.
- ¹⁰ APA (American Psychiatric Association): *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV edizione, Milano: Masson Italia, 1995.
- ¹¹ Alibert J.-L.: *Nosologie Naturelle*, Paris, 1817 (citato in Foucault M., op.cit., 1998).
- ¹² Canguilhem G., op.cit., pag.191, 1998 (Or.:1966).
- ¹³ Janet, Pierre: *La médecine psychologique*. Paris, E. Flammarion, 1923.
- ¹⁴ Winnicott, Donald W.: *Through Paediatrics to Psychoanalysis*, London, Tavistock Publications, 1958.
- ¹⁵ Thorndike, Edward: *Human Learning*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1931.
- ¹⁶ Balint Michael e Balint, Enid: *Tecniche Psicoterapeutiche in Medicina*. Torino, Einaudi, 1970 (Or.: 1961).
- ¹⁷ Lévi-Strauss, Claude: *Antropologia strutturale*, Milano, Il Saggiatore, 1966.
- ¹⁸ Jaspers. Karl: *L'idea di medico*. In: *Il medico nell'età della tecnica*. Milano, Cortina, 1991.
- ¹⁹ Benedetti F. How the doctor's words affect the patient brain. *Eval Health Prof*, 25:369-386, 2002.
- ²⁰ Charon, Rita: *Narrative And Medicine*, *New Engl J Med* 350:9, 2004
- ²¹ Spitz, R.A. (1965), *The First Year of Life*. International Universities Press, Inc., New York. Tr. it. *Il primo anno di vita*. Armando, Roma 1973.