

Franca Olivetti Manoukian

“Zone d’ombra” nelle relazioni tra medico e paziente

– Signore, deve tornare a valle, Lei cerca davanti a sé ciò che ha lasciato alle spalle.

G. CAPRONI

È forse utile sapere il più possibile sulla psicoanalisi in modo da avere una illuminazione più brillante possibile sui fatti che si presenteranno nella seduta? O è più utile accecarci artificialmente in modo che l’oscurità sia così dilagante da rendere visibile qualunque oggetto appena percepibile?

W. BION

Sulla relazione tra medico e paziente, tra terapeuta e paziente è stato veramente detto e scritto molto. Nell’ambito del Convegno non mi sembra ci si proponga di richiamare ulteriormente la centralità, ma piuttosto di interrogare la constatazione frequente e ripetuta del permanere di un divario consistente tra elaborazioni teoriche e pratiche operative, tra produzione culturale e esperienza quotidiana. Senza pretendere coerenze razionali – che sappiamo estranee alle interazioni tra soggetti in situazioni multistratificate e impregnate di diverse componenti – può essere interessante sviluppare qualche riflessione sui contenuti e i modi delle relazioni tra medico e paziente per coglierne nelle inerzie e nelle oscurità, nei vicoli ciechi, possibili evoluzioni.

Avvio il mio discorso dalla presentazione di alcuni materiali, da narrazioni di incontri medico-paziente che mi sono sembrati suggestivi rispetto ai temi e ai problemi che qui si intendono trattare: materiali in parte proiettati sul futuro (forse futuribile) e in parte riferiti a un passato (forse non troppo passato), che spero ci permettano di entrare (qui, nel presente) *in medias res*.

Il primo documento è un breve racconto di uno scrittore danese contemporaneo, Peter Seeberg, poco noto in Italia, intitolato *Il paziente*. Lo riporto quasi integralmente e mi permetto qua e là dei tagli perché me ne approprio come di una citazione¹.

Il giorno in cui i medici si occuparono per la prima volta della mia malattia, mi tranquillizzarono con grande sollecitudine, spiegandomi che una gamba amputata non è un problema ai giorni nostri, visto che le protesi non costituiscono più una sofferenza,

come ai tempi delle gambe di legno, ma piuttosto un'agevolazione. Mi assicurarono che avrei ripreso a camminare quasi meglio di prima, perché erano convinti che il desiderio di camminare di nuovo mi avrebbe dato una forza straordinaria. Avevano ragione. Non appena potei muovermi vidi che camminavo come mai avevo fatto prima. Ma non durò a lungo. La malattia ricomparve – i medici la definirono «una degenerazione generale» estremamente insolita – nell'altra gamba, che pure dovette essere amputata. Nemmeno questa volta i medici si smentirono. Camminavo meglio con due gambe artificiali che con quelle naturali.

In seguito ebbi un breve periodo di tregua, poi la malattia si manifestò di nuovo al braccio destro e raggiunse rapidamente la spalla. I medici mi dissero di non preoccuparmi troppo, perché anche per le braccia l'arte della protesi era in grado di provvedere, creando arti migliori di quelli veri. Così ben presto mi ritrovai fornito non di una, ma addirittura di due braccia artificiali che si rivelarono estremamente utili. [...] La malattia ricomparve, seguendo le sue vie segrete, nel polmone destro. Subito stabilirono che era incurabile, ma che non mi dovevo preoccupare, perché me la sarei potuta facilmente cavare anche con un polmone solo. Poi nel caso in cui anche l'altro fosse stato colpito dal male, avrebbero potuto trapiantarne uno nuovo mentre asportavano quello vecchio. Così infatti accadde. [...] La malattia ebbe una ripresa incredibile, che io, grazie a Dio, non notai affatto, dato che i medici ebbero molto riguardo nei miei confronti e mi provocarono un letargo di un mese durante il quale sostituirono alcune parti dell'intestino crasso e tenue con tubi e canali artificiali che espellevano gli escrementi dai fianchi, cosa che da molti punti di vista è un vantaggio. Quando finalmente mi svegliai i medici mi spiegarono che ormai potevo considerarmi completamente guarito, perché la malattia praticamente non avrebbe potuto attaccare altri organi. Ma in questo si sbagliavano. Il cuore che essi credevano immune, cominciò invece ad incepparsi e si ridusse a poco a poco in tale stato che fu necessario privarlo della sua funzione, e io dovetti essere collocato a vita in un'apparechiatura fissa, chiamata cuore artificiale, che sostituisce tutto l'organo danneggiato.

[...] Penso alla mia vita, mi chiedo se è mia o se appartiene ai medici, e in tal caso se io sono ancora me stesso. [...] Ho anche chiesto ai medici se secondo loro la mia anima è stata lesa da tutti i trapianti e le trasformazioni cui sono stato sottoposto, una volta per esempio il mio naso stava quasi per sparire, così l'hanno sostituito con un altro muscolo, che hanno lasciato al suo posto per diversi mesi, ma questo non l'avevo raccontato perché mi pareva insignificante. I medici mi consigliarono di rivolgermi agli psicoterapeuti. Esposi loro il mio problema [...] dissero che forse l'anima non si trova dentro al corpo, bensì intorno ad esso, ed io ritenni questa soluzione molto soddisfacente. In tal caso l'anima è intatta e in tal caso niente ha potuto danneggiarmi.

Neppure ora che non ho più la mia testa, ma quella di un altro, morto irrimediabilmente durante l'ultima guerra, testa che è stata data a me, perché rappresentavo un caso raro e perché l'arte medica voleva riportare un trionfo. [...] Ammiro l'arte medica e le sono profondamente grato, ad essa devo la vita e il benessere, ma essa non è in grado di dirmi se i pensieri che ho sono i miei o appartengono al mio predecessore, e neppure se mi è possibile ricordare tutti i pensieri che ha avuto lui. [...] I medici hanno detto che in realtà ho una salute di ferro e do loro ragione. Sono assolutamente sano, l'infermità ha colpito solo una piccola parte di me stesso. [...]

- Mi riconosci? chiedo ogni giorno a mia moglie quando arriva.
- Sì naturalmente, risponde accarezzandomi i capelli.
- Mi ami? le sussurro, perché desidero saperlo ogni giorno.
- Ti amo più che mai, risponde con dolcezza ogni giorno.
- Ma non mi puoi vedere, dico a voce il più alta possibile.
- So che posso, dice lei.
- No, non è vero, dico io, non puoi capire. Sono più grande di quanto tu creda, e quello che vedi non sono affatto io.
- E invece sì, dice piangendo, sei tu. Sei tu.
- Allora facciamo che sia io, concludo.
- Ogni giorno.

Il secondo documento è un'intervista trasmessa da una radio locale della Lombardia nel mese di marzo 1995. Viene intervistato un medico andato in pensione, dopo 50 anni di carriera professionale: è evidentemente considerato un personaggio significativo e noto a livello locale. Anche in questa trascrizione vi sono brevi omissioni.

Intervistatore: Ci dica qualche cosa della sua esperienza di medico.

Intervistato: Il medico è colui che è pronto ad accogliere, è sempre disponibile. A lui si rivolge chi sta male e lui, di fronte al dolore, alla malattia sa offrire il rimedio, sa come risolvere il problema e di fronte ad ogni sofferenza può consolare, offrire conforto, aiutare a sopportare la disgrazia. [...] La medicina è l'opera del singolo, non ci può essere una medicina collettiva. [...]

Intervistatore: Secondo lei quali sono i problemi della medicina oggi?

Intervistato: Il problema è che i medici non comandano più, un primario non può più fare quello che vuole. [...] Mi sono trovato con dei lavativi, ma proprio di quelli non c'è stato niente da fare, non ho potuto mandarli via. Nell'ospedale è entrata la politica. I politici decidono tutto e rovinano tutto. [...]

Intervistatore: Della sua lunga carriera avrà molte cose da raccontare. C'è qualche ricordo che le è particolarmente caro, qualche ricordo particolarmente bello, significativo?

Intervistato: Non saprei... I ricordi sono innumerevoli. [...] Forse una mia malata che da cinque anni vive con un cuore nuovo che le hanno messo a Parigi e questa signora ha potuto fare questo trapianto perché prima aveva avuto quattro operazioni al cuore fatte negli Stati Uniti e tutto questo è stato possibile perché noi le abbiamo dato questa possibilità. Ha guadagnato 15 anni di vita. Lei adesso può vedere i suoi nipotini, i figli dei suoi figli.

Intervistatore: Che cosa ci vuol dire dottore per concludere?

Intervistato: Amo la medicina, vorrei che tutto fosse perfetto e che si sviluppasse sempre di più il progresso della medicina, per dare sempre più salute e più felicità.

I due documenti, due artefatti culturali, molto diversi tra loro, mi sembra offrano delle rappresentazioni estreme, sovraccaricate nei tratti e nei colori, dei segni/segnali, suggestivi per dare rilievo a aspetti diffusi e ricorrenti nell'esperienza quotidiana delle relazioni medico-paziente, aspetti che offrono degli appigli per richiamare delle possibili analisi.

1. Tecnicizzazione e idealizzazione mutilano le relazioni

Nel racconto di Seeberg incontriamo l'exasperazione dell'uso della tecnologia medica. La descrizione è sottile perché mette in luce come la tecnica «dei giorni nostri» sia così efficace e raffinata da poter far fronte ad ogni problema, a quelli specifici legati alle disfunzionalità o all'assenza di parti dell'organismo (che come una macchina può essere smontato e rimontato con pezzi nuovi, e quindi più validi ed adeguati dei preesistenti) e a quelli più generali di funzionamento complessivo dell'organismo, che viene agevolato e (quindi) sostenuto nel suo benessere, che è sottratto a qualsiasi sofferenza.

Non solo (dicono i medici) «una gamba amputata non è un problema», «le protesi non costituiscono più una sofferenza, come ai tempi delle gambe di legno, ma piuttosto un'agevolazione»: ma (il paziente constata) «camminavo come mai avevo fatto prima», «camminavo meglio con due gambe artificiali che con quelle naturali».

Così è anche per le braccia, per il polmone, per l'intestino: ogni intervento sul corpo del paziente non porta che vantaggi e miglioramenti. E la tecnica provvede a tutto senza preoccupazioni e dolori per il singolo che è tranquillo, «non nota affatto» la ripresa della malattia, «grazie a Dio»: la tecnica è ormai un'entità soprannaturale.

E in questo quadro il processo di spersonalizzazione è totale: quello del paziente è più evidente come tema conduttore del racconto; attraverso amputazioni e sostituzioni egli viene completamente privato del proprio sé corporeo. Il corpo sul terreno della scienza positiva viene trattato come insieme di organi intercambiabili, la loro importanza si esaurisce nella funzionalità, tutto può essere definito e trattato. Ci si muove sul piano della concretezza e della specializzazione (anche l'anima ha i suoi specialisti) e si opera una scissione benefica o violenta (come nelle operazioni chirurgiche) tra l'io e il corpo, tra l'esistenza e la corporeità. L'io totalmente mutilato è «come se» esistesse².

Ma non meno esplicita è la spersonalizzazione del medico, che non esiste al singolare: nel racconto si parla sempre di «medici» indistinti e concordi. Il verbo al singolare ha per soggetto «l'arte medica», che «voleva riportare un trionfo». Il medico perde la propria identità e la medicina viene personificata: ha volontà, è investita di ammirazione e soprattutto di gratitudine («ammiro l'arte medica e le sono profondamente grato, ad essa devo la vita e il benessere») e il singolo medico si confonde in questa personificazione, scompare ma anche trova in essa le radici della sua identità.

Nell'intervista del «Dottore» che va in pensione abbiamo l'enfatizzazione dell'attività umanitaria³ del medico singolo, prodigo di interventi benefici e risolutivi, capace di dedizione totale, in grado comunque di fornire a chi sta male, a chi soffre qualche cosa di sostanzialmente significativo. Per essere a contatto con il dolore e la sofferenza il medico è «unico»: «unico» e singolare è il suo rapporto con il paziente, ma «unica» è anche la sua figura, il medico è qualcuno di eccezionale. Per poter aiutare è come se dovesse essere un essere superiore, ha prerogative tali che lo legittimano in una posizione diversa, staccata dagli altri, sovra-ordinata.

È per questo che il medico deve «comandare». Siccome per definizione fa e dà il bene, il suo giudizio sugli altri è certo; è come una prescrizione e va seguito per il bene di tutti, per questo deve poter fare quello che vuole, fare e far fare.

Come possono altri intromettersi nelle decisioni, come possono rappresentare gli interessi della popolazione quando il medico ne è già il più adeguato interprete?

E il rapporto concreto medico-paziente? Da una parte il paziente prende un nome e un volto più familiare: si chiama “malata” e diventa subito “mia” (aggettivo possessivo che denota vicinanza affettiva e insieme appropriazione) e la si vede nella sua casa con i suoi nipotini che forse hanno la stessa età di quelli del nostro dottore... d’altra parte prende posto nel ricordo attraverso il prodigioso cuore nuovo che le è stato trapiantato a Parigi, attraverso il miracolo operato dalla tecnica medica che le ha allungato di quindici anni la vita. E il finale dell’intervista è proprio un finale in crescendo con una sequenza di parole radiose: amore, anelito alla perfezione, progresso, salute, felicità.

Due narrazioni molto diverse del rapporto medico-paziente, una dalla parte del paziente l’altra dalla parte del medico, che presentano forti differenze. Da un lato viene sottolineato che la malattia, la sofferenza non esistono più, sono espulse dall’esperienza del singolo grazie alle tecnologie sempre più sofisticate. Non esistono più problemi di “salute”, perché il progresso scientifico è in grado di provvedere infinite soluzioni, controlla ed elimina ogni difficoltà. D’altro lato la malattia, il dolore non scompaiono, ma possono essere vinti attraverso l’eccezionalità delle doti umane del singolo medico, attraverso il suo interessamento, la sua dedizione che si avvale della tecnica per dare la felicità.

In realtà ci troviamo di fronte a opposizioni che si collegano. Ambedue le narrazioni, in modo diretto o indiretto, mettono l’accento sul grande ottimismo che tende a sostenere e a colorare l’intervento medico: la prima descrive l’ottimismo della scienza e della tecnica, un ottimismo freddo, asettico che poggia sull’affermazione della potenza dell’“artificialità”, della creazione tecnica che può migliorare la natura, un ottimismo che nega l’esistenza di limiti esterni, della realtà “oggettiva”; l’intervista propone l’ottimismo della fede, ottimismo caldo, romantico che commuove e mobilita adesioni perché poggia su capacità infinite di generosità e dedizione, un ottimismo che nega i limiti “soggettivi”.

In ambedue i casi, come dice Gargani, «realizziamo i sogni e abbiamo perso la capacità di sognare». Il paziente come soggetto scompare: nel primo scompare perché è un organismo, non esiste nella sua individualità compiuta; nel secondo scompare perché diventa uno strumento che rende più grande il medico e la sua opera. Siamo di fronte alla tecnicizzazione del rapporto da un lato, alla idealizzazione dall’altro: ambedue processi che mettono al centro la figura del medico e marginalizzano l’altro. Se il paziente scompare nella sua identità autonoma, nei suoi desideri, nei suoi interrogativi, nelle sue angosce, la relazione come relazione tra due soggetti viene meno. Sembra che venga descritta una relazione così asimmetrica, così impregnata di potere/dipendenza che diventa una relazione tra il medico e quello che il medico cerca che l’altro sia.

Spesso la dipendenza dal medico (chiamata anche, nel linguaggio corrente, fiducia) viene considerata essenziale perché il paziente deve essere docile alla cura, perché questa sia davvero efficace. E forse viene anche ricercata e sollecitata attraverso un atteggiamento, diffusamente raccomandato e praticato dai medici, tendente a “rassicurare”: si traduce sul piano delle comunicazioni verbali in generalizzazioni del problema, in spiegazioni semplificate e banalizzanti, o in presentazione di informazioni accompa-

gnate da suggerimenti su come vadano colte⁴. Comunque sono messaggi ambigui, in cui sono compresenti e confusi intenti di rinforzo della propria posizione e legittimazione (costituendosi come autorità, fonte di sicurezza) e intenti di promozione di capacità del paziente (costituendosi come tramite, strumento) di sentirsi più sicuro (meno angosciato) nell'affrontare il dolore, la modificazione delle abitudini quotidiane, l'incertezza, l'impotenza.

Va detto – ed emerge anche dalle due narrazioni che ho citato – che il paziente (la denominazione di questo ruolo permane nonostante tutte le critiche rivolte al potere della medicina!), in particolare nella contingenza della malattia, è pronto ad adattarsi a richieste di dipendenza, come ad un destino necessario e inevitabile, è disposto a scomparire, facendosi prendere in carico; ad inserirsi nell'ordine costituito, per essere curato; è disposto ad entrare in un'identità eterodefinita, estranea alla sua storia e lontana dal suo sapere, come se dovesse abdicare alla propria iniziativa nell'interazione o come se dovesse esprimere un'iniziativa tutta modellata sull'iniziativa del medico. Il paziente si autocolloca in una posizione di regressione, in cui anche i suoi abituali criteri di giudizio sul suo star bene e star male non esistono più. Nel racconto di Seeberg sono i medici che dicono al paziente che ha una salute di ferro e lui dà loro ragione. Nell'esperienza di ciascuno di noi c'è qualcuno che continua a mettere una pomata che visibilmente fa peggiorare la piaga perché deve essere il medico a dire che la pomata fa male.

Sono leggibili dei modelli culturali che marciano le relazioni singolari, ne tracciano i binari, in modo non sempre consapevole per i protagonisti.

D'altro lato il paziente cerca anche di farsi riconoscere, di rendersi visibile non solo nei suoi sintomi e nei suoi organi. Se non si sente riconosciuto nella sua soggettività specifica, cerca almeno di avere un'attenzione particolare e lo fa utilizzando, mi pare, diverse modalità. Una forma è quella del “pagare” (o ripagare) (il Welfare che abbiamo avuto in Italia in questi anni non ha certo ridotto i pazienti “a pagamento”!), per poter avere concretamente qualche appiglio per distinguersi, per avere un trattamento diverso e privilegiato, per accelerare i tempi di attesa e per allungare i tempi della visita, per propiziarsi la benevolenza o per introdurre elementi di un rapporto contrattuale: questo delle cifre sembra essere un linguaggio “chiaro”, su cui anche con i medici portatori di linguaggi scientifici specialistici, è possibile lo scambio e l'intesa⁵.

Chi non può pagare cerca di farsi riconoscere diventando soggetto collettivo, associazione: anche la rappresentanza sociale introdotta dopo la riforma del sistema sanitario nazionale (legge 833/1978) può essere letta come tentativo in questa direzione (anche se i meccanismi della rappresentanza in questo campo forse rivelano ancor più che in altri campi i loro limiti)⁶.

Un altro modo con cui il paziente cerca di farsi riconoscere è quello di proporsi come “caso”, come portatore di malattie rare o sconosciute, non immediatamente classificabili e per questo degno di particolare interesse, di considerazioni e investimenti: come caso clinico può suscitare mobilitazioni, può godere di quell'importanza che non può essere riservata ad una persona qualsiasi, ad un comune mortale.

Oppure si cerca di farsi riconoscere riproponendosi alla situazione di interazione con il medico, con lo stesso medico o con tanti medici, reiterando la richiesta, ripresen-

tando i propri disturbi e i propri dubbi, come se l'insistere nel bussare a tante porte dovesse alla fine essere premiato.

II. L'ambivalenza ineludibile nelle relazioni medico-paziente

Nella relazione con l'altro una (o forse "la") richiesta primitiva e primaria è, come sappiamo, il riconoscimento, come possibilità di essere visto o capito come esistente da qualcuno, come prova, di cui abbiamo bisogno nei primi tempi della vita di essere considerato un essere⁷.

Prova che non è mai totalmente e compiutamente acquisita e che in modo più o meno consapevole e con diversa drammaticità viene sollecitata. In ogni relazione potenzialmente si ripropone la ricerca di affermazione e conferma, di rinforzo e costruzione dell'identità personale, continuamente accompagnata da frustrazione e disagio, da rabbia e dolore perché la richiesta non è soddisfatta o non lo è come ci si aspetterebbe.

La relazione medico-paziente non è una relazione qualsiasi. È una relazione che si istituisce intorno all'aiuto, ovvero all'esistenza di una malattia, di una sofferenza e di uno stato di bisogno per il quale si chiede l'intervento di un altro. È la domanda di aiuto che dà origine alla relazione e che ne impregna lo sviluppo, ne qualifica lo spessore, ne definisce l'interruzione.

La relazione d'aiuto è forse quella in cui è più forte, più intensa e al tempo stesso più minacciata la richiesta di riconoscimento, perché è una relazione in cui strutturalmente sono più presenti forti dissimmetrie e forti ambivalenze.

Nella relazione d'aiuto per definizione c'è sempre qualcuno che ha bisogno e qualcuno che può far fronte, qualcuno che chiede e qualcuno che dà, qualcuno che dipende da qualcun altro: ed è sempre aperta la possibilità che chi dipende si rivolga con apertura e totale fiducia, ma anche che porti in sé timori, rabbie, rivendicazioni, senza poterle esprimere; chi dipende può ricevere qualche cosa di positivo, che torna a suo vantaggio ma può anche trovarsi sottomesso alla volontà dell'altro, usato per dimostrare capacità e poteri, affascinato per avere ammirazione e gratitudine⁸.

La riflessione psicoanalitica ha in più modi "smascherato" le motivazioni sottese ai desideri di aiutare e far star bene, al cercare di guarire ed eliminare il male, fino al punto da arrivare a porre in guardia da chi proclama e predica disponibilità e dedizione di sé per il bene dell'altro, al punto da considerare con prudenza, se non con diffidenza azioni che ad una lettura corrente risultano oblativo e benefiche. A partire da ipotesi e interpretazioni di questo tipo si potrebbe quasi dire che coloro che si propongono come capaci di aiutare, che si collocano in posizioni visibili per farlo, che si candidano, che vogliono farlo, che sono certi di farlo, sono quelli che meno lo possono effettivamente fare.

D'altro lato come pure ben sappiamo, non è neppure facile e scontato poter chiedere aiuto, farsi aiutare, accogliere, accettare, far proprio qualche cosa che viene dall'altro.

Uno stato di malattia, di sofferenza, un'esperienza di dolore che tormenta ed angoscia porta a chiusure, arretramenti su se stessi⁹, non si collega immediatamente a domande esplicite di supporto, non si collega neppure immediatamente ad atteggiamenti e a disposizioni positive nei confronti dell'altro. Quanto più i problemi, le difficoltà

che viviamo sono gravi tanto più possiamo provare dentro di noi aggressività distruttive, che si esprimono anche in forme indirette e deboli attraverso diffidenze, richieste improprie o anche denegazioni e iper attivismi.

La relazione medico-paziente nella cultura occidentale sembra che venga assunta come paradigmatica rispetto ad ogni relazione d'aiuto. Attraverso le elaborazioni professionali e sociali con cui da secoli (dal giuramento di Ippocrate!) si qualifica la posizione e l'intervento del medico, la relazione medico-paziente si può presentare come una relazione d'aiuto depurata dei suoi aspetti più oscuri e pericolosi, come un aiuto che pur coinvolgendo necessariamente le soggettività, è al riparo da transazioni utilitaristiche, da strumentalizzazioni malefiche. Il medico, per definizione, non può che fare del bene.

La tecnicizzazione e l'idealizzazione, leggibili nelle due narrazioni citate all'inizio di questo discorso, costituiscono a mio avviso entrambe delle modalità con cui nella relazione tra medico e paziente si tende a risolvere o a estromettere l'ambivalenza, a neutralizzarla: si tende a sottrarsi ad essa.

Con il ricorso esasperato alle tecnologie mediche e alla loro potenza si afferma la possibilità di dominare, espellere gli aspetti soggettivi (sia del medico che del paziente) in cui è presente il disordine, l'incertezza, l'insoddisfazione, l'arbitrio, l'incompletezza: tutto può essere trattato "oggettivamente", con distacco e senza drammatizzare, ogni iniziativa porta vantaggi e gli esiti positivi sono garantiti, iscritti nella perfezione raggiunta dal progresso scientifico.

Con l'idealizzazione della figura del medico (così sottilmente diffusa nella nostra società che ogni fenomeno contrastante – dalla proletarizzazione della professione al controllo sociale del suo operato – viene spesso percepito come una totale perdita di ruolo) vengono invece esaltati gli aspetti soggettivi ma solo quelli di segno positivo: capacità di beneficiare e gratitudine, competenza scientifica e ristabilimento della salute.

Il depurare la relazione d'aiuto dall'ambivalenza presenta forse vantaggi rispetto alla possibilità di operare con decisione e fermezza, come – nelle espressioni del cosiddetto "senso comune" – si addice a un "bravo" medico, ma a prezzo di una mutilazione della relazione, di un impoverimento dello spessore emotivo che dà consistenza e significato alla relazione stessa e alla sua "umanità".

III. I processi di comunicazione e le "zone d'ombra" della relazione medico-paziente

Come uscire dai circoli chiusi della tecnicizzazione e dell'idealizzazione?

Come sopportare l'impossibilità della relazione d'aiuto?

Forse sono domande da riproporci ogni volta che si rinnova l'incontro tra medico e paziente. Sono domande che vanno tenute senza risposte e al tempo stesso domande che vanno concretamente affrontate nell'operare quotidiano.

Questo richiede – come raccomanda appassionatamente Jaspers – coinvolgimento e distacco, oggettivazione e attenzione alla singolarità della situazione: e perché queste non restino predicazioni di un dover essere auspicato e irraggiungibile credo sia cruciale ancorare osservazione e riflessione sulla relazione medico-paziente a qualche cosa che è disponibile immediatamente nell'esperienza dell'incontro, qualche cosa che può essere indicato

come “processo di comunicazione”. Uso questo termine perché credo sia interessante rappresentarsi concretamente luoghi e i modi in cui si svolge in pratica la relazione, appesantirla e alleggerirla insieme: “processo” è un termine pesante che richiama il lavoro, l’organizzazione, il tempo e il denaro, la definizione e anche la frammentazione, la parzialità e le imposizioni della razionalità scientifica e “comunicazione” apre alla speranza di una reciprocità possibile, di un incontro, anche di pochi istanti, tra due esseri umani, richiama lo scambio e le modalità dello scambio, la possibilità di usarsi senza sfruttarsi¹⁰.

Nelle relazioni dissimmetriche e intrise di ambivalenza i processi di comunicazione sono condizionati e ripetitivi, rischiano di ottenere soprattutto conferme di valutazioni preesistenti e di non apportare acquisizioni utili alla comprensione dei problemi per cui ci si rivolge ad un medico. Probabilmente compete però più al medico che al paziente sostenere dei processi di comunicazione che favoriscano non solo l’esecuzione di prestazioni (teoricamente) terapeutiche (rapida classificazione diagnostica e conseguente prescrizione) ma la considerazione e l’analisi dei diversi elementi in gioco, la distinzione dei problemi e l’individuazione delle opportunità esistenti per affrontarli. Ed è in questa ottica, per questa assunzione di ruolo e di responsabilità che spesso i medici “conducono” dei colloqui con i pazienti in cui praticamente occupano ogni spazio comunicativo con un parlare ininterrotto o con un silenzio protratto, dando per scontato o pleonastico l’“ascolto” dell’altro.

Mi riferisco evidentemente alle comunicazioni tra medico e paziente più quotidiane e banali. Quelle che vengono presentate come problematiche di solito riguardano questioni gravi, dilemmi, annunci di inguaribilità, esistenza di handicap, ecc., come se fosse drammatico e traumatico farsi carico dell’esistenza di limiti invalicabili: ma in un certo senso questi limiti che la medicina sposta sempre più in là fanno ancora più grande la figura del medico che tratta di vita e di morte. Sembra meno diffusa la preoccupazione rispetto alle comunicazioni “normali”, quelle che rientrano nella routine.

Ed è in queste che sono più frequenti le zone d’ombra delle relazioni tra medico e paziente: sono momenti, situazioni in cui il medico appare meno sostenuto dall’arte medica nei suoi aspetti trionfali, in cui meno può sfoggiare competenze scientifiche, in cui meno può proporsi come capace di beneficiare; la zona d’ombra è là dove il medico fa i conti non con i limiti della medicina, ma con i suoi propri limiti, di professionista e di uomo o di donna nell’incontro con la realtà di un altro.

Il centauro Chirone, che insegnò l’arte medica ad Asclepio, ebbe, pur essendo immortale, una ferita incurabile, come un segno inequivocabile dei limiti del suo potere di risanare. Ma questa ferita, che fa inevitabilmente soffrire, rischia di essere considerata dal medico come vincolo frustrante e avvilito più che come dato che delimita il campo, permette di cogliere per sé e per gli altri ciò che è possibile comprendere e fare. La zona d’ombra permette di riconoscere le proprie incertezze e fragilità («assumere il peso della propria finitudine», Natoli) come appigli su cui lavorare per riconoscere nei processi di comunicazione rappresentazioni e attese reciproche, richieste proprie e altrui, legami e blocchi, motivazioni. L’ombra è il simulacro di qualche cosa, è la parte debole e oscura, ma è anche la parte riparata, protetta. All’ombra il medico può assumere le sue parti deboli, può forse anche trovare le risorse per avventurarsi nella conoscenza, di sé e dell’altro: così forse può anche aiutare.

NOTE

- ¹ Il racconto fa parte di una raccolta, intitolata *Eftersogningen* e pubblicata nel 1962. Traduzione in italiano, *L'inchiesta*, Milano, Iperborea, 1988, pp. 39-44.
- ² Cfr. per questo concetto da più parti sottolineato anche il contributo di H.G. GADAMER (*Über die Verbogenheit der Gesundheit*, 1993), tradotto e pubblicato in Italia, *Dove si nasconde la salute*, Milano, Raffaello Cortina ed., 1994, in particolare cap. 5.
- ³ Richiamo per inciso che Jaspers considera l'agire del medico fondato su due «pilastri»: «la conoscenza scientifica e l'ethos umanitario» e deplora che l'ideale umanitario venga oggi sacrificato in misura crescente. Cfr. K. JASPERS, *Der Arzt im technischen Zeitalter*, München, Piper, 1986, trad. it. *Il medico nell'età della tecnica*, Milano, Raffaello Cortina ed., 1991, pp. 2, 17, 23.
- ⁴ Su questi aspetti sono state realizzate interessanti ricerche empiriche. Si veda ad esempio, SUE FISCHER, *Genere, Potere e Discorso*; M. SBISA, *Fra medico uomo e paziente donna: quale analisi?* in F. Pizzini (a cura), *Asimmetrie Comunicative*, Milano, F. Angeli, 1990.
- ⁵ È questo tra l'altro anche il linguaggio su cui sembra si riesca più chiaramente a sviluppare la comunicazione tra medici e dirigenti delle aziende Usl. I dirigenti per porsi in posizione più simmetrica con il potere dei medici espongono un potere che pare debba legittimarsi su affermazioni apodittiche e inconfutabili, quelle appunto presenti nelle cifre... In tal modo si comunica, è vero, ma a prezzo di semplificazioni inaudite dei problemi in gioco.
- ⁶ Secondo alcune affermazioni proposte in convegni e articoli, anche in Italia (come in altri paesi occidentali e in particolare negli USA) i pazienti sarebbero sempre meno "pazienti", nel senso che sarebbe in atto una diffusa acculturazione della popolazione sul sapere medico, grazie alla quale si andrebbe dal medico con richieste sempre più specifiche sia rispetto ai farmaci che agli interventi stessi. Questo porterebbe persino ad un capovolgimento della relazione al punto che potrebbe diventare il paziente che, come un cliente a qualsiasi fornitore, ordina al medico ciò che gli serve. Non so quanto questa situazione sia e possa essere diffusa. Non credo in ogni caso che questo risolva il problema della dissimmetria relazionale: piuttosto lo rende ancor più complesso.
- ⁷ Secondo Winnicott è questo riconoscimento, dato dal comportamento responsivo della buona madre, che rende possibile l'integrazione dell'io, l'inizio di una vita psicosomatica individuale, «l'istituirsi di uno stato di IO SONO». D.W. WINNICOTT, *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, London, Hogart Press, 1965, trad. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando ed., 1989.
- ⁸ Si vedano ad esempio le rielaborazioni, sviluppate da esperienze di formazione e consulenza a operatori che svolgono lavoro assistenziale e terapeutico, presentate in un recente contributo di vari studiosi inglesi: A. Obholzer, V. Zagier Roberts (eds.), *The unconscious at work*, London, Routledge, 1994.
- ⁹ U. GALIMBERTI, *Introduzione* a K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica* cit., pp. VI-XXVII.
- ¹⁰ D.W. WINNICOTT, *Playing and Reality*, London, Tavistock Publications, 1971, trad. it. *Gioco e realtà*, Armando, 1985, p. 163.