

Leonardo Ancona

Il rapporto medico-paziente: tra la comunicazione e la empatia

1. Il titolo attribuito a questo rapporto dice che il suo contenuto si declina nella considerazione della comunicazione e della empatia nei riguardi del malato; non vi si considera invece la informazione e questa esclusione rende necessaria una riflessione preliminare al merito del discorso.

Per *informazione* si intende una trasmissione di dati in modo ordinato, puntuale, inequivoco; cioè secondo un processo digitalizzato e retto da algoritmi logici, sottoposto come tale a regole formalizzate, esprimibili in cifre, matematizzabile e suscettibile di esposizione in grafici. Il procedimento sotteso è quello monadico della *razionalità*, della divisione di natura scientifica, del rapporto meccanicistico di causa/effetto.

Per *comunicazione* si indica invece un processo composito, il cui contenuto è per così dire annegato in un contesto affettivo, che esprime emotività e suscita emozione secondo una coniugazione che è circolare piuttosto che lineare, che produce comunione più che divisione di pensiero e che nel suo fine tende alla omologazione. Ciò che viene comunicato infatti non è immediatamente de-codificabile, né è riducibile a punto, ma crea un vissuto che appartiene alle parti in comunicazione, le mette in risonanza e le trasforma. *Ragionare* è il verbo che sussume questo processo, che ha natura probabilistica, coinvolgente.

È la comunicazione, specialmente quella di vissuti personali, che produce la *empatia*, variabile introdotta in psicologia da Th. Lipps (1903-1906), adottata poi universalmente e più di recente riordinata da E. Stein (1917); per quanto riguarda il mondo inconscio, S. Freud ha posto la empatia alla base dell'umorismo, intendendola come la stessa capacità di suscitarlo (1905) e la teatrica contemporanea l'ha riconosciuta come caratteristica della c.d. capacità attanziale, quella che rende l'attore autentico in quanto capace di sentire le platee e di rispondere ad esse. Empatia è la disponibilità all'esperire vitalmente gli eventi che si incontrano, tramite la quale si cerca continuamente – interpretando le percezioni corporee, esterne, degli altri – di comprendere il loro mondo interno sensazioni, sentimenti, motivazioni. E ciò anche in assenza di ogni segnale o simbolo della cultura comune, cioè senza aver bisogno di alcuna informazione.

Per questa ragione Michel Nicoletti, nel sintetizzare il pensiero di E. Stein sull'empatia (cit.) ha scritto che essa «fonda e rende possibile la comunicazione intersoggettiva e apre l'io alla dimensione comunitaria, pur mantenendogli la propria irriducibile libertà e autonomia».

2. La tesi di questo intervento è che: a) i processi sopra ricordati assumono importanza massima, anzi tragica, nel rapporto medico/paziente, b) questo fatto non è purtroppo tenuto in debita considerazione, o lo è sempre di meno, c) la stessa negligenza devasta l'opera medica, la snatura come arte, la riduce a scheletrica tecnologia.

In realtà Ivan Illich in *Nemesi Medica* (1976), un lavoro di grande respiro, certamente sofferto e meditato a lungo, ci ha offerto della tesi delineata un quadro perspicuo e desolante. In questo libro l'Autore ha documentato il fatto che, nonostante tutti i progressi proclamati dalla Medicina Moderna, il sistema medico è oggi il responsabile di una nuova nocività paradossale: la corporazione dei medici è diventata una grave minaccia per la salute dei cittadini, sia individuale che pubblica.

I miglioramenti offerti nel campo sanitario, ha ricordato Illich, non dipendono tanto dai medici, in quanto la dimostrata, e tante volte sbandierata, conquista fatta nei vari campi della patologia può essere facilmente attribuita a variabili non mediche ed è comunque come una coperta troppo stretta, che se ricopre alcune parti ne mette allo scoperto altre.

Infatti la Medicina porta di continuo alla ribalta malattie nuove prima non note e molte la cui cura è difficilissima o addirittura non esistente: basti pensare all'A.I.D.S., alla sindrome da fatica cronica, alle malattie psico-somatiche e mentali, nel loro manifestarsi individuale e sociale.

Pertanto Illich ha parlato di «epidemia della Medicina moderna», che egli ha visto impostata sulla illusione quanto alla efficacia dei medici, sulla inutilità di molti interventi e sulla iatrogenesi; questa è una vera e propria patologia, mista di aspetti *clinici* (i farmaci, i medici, gli ospedali), *sociali* (le spinte di una società morbosa, che motiva la gente a consumare principi curativi, preventivi, lavorativi espropriando così la salute tramite una super-medicalizzazione del collettivo) e *culturali* (l'attenuazione di ogni capacità di affrontare l'umana debolezza, la vulnerabilità, la sofferenza, la invalidità, la morte, tramite la manutenzione tecnica, ingegneristica della vita ad alti livelli di malessere sub-letale, di cui è paradigma il c.d. accanimento terapeutico).

Questo attacco alla "vacca sacra" della società che mira a demitizzare, dimostrandone i danni, l'istituzione medica, le terapie menomanti, la gestione professionale del dolore e della morte, può sembrare ingiusta, dissacrante, pre-giudicata. Tuttavia è sufficiente pensare a quella che è invalso l'uso di chiamare "mal sanità", al crescente contenzioso paziente-medico, al venir meno del rispetto tradizionale della figura del medico presso la gente comune e le autorità (per paradigma i vigili urbani), per costringere a pensare che in questo campo veramente qualcosa non va.

Viene allora consequenziale chiedersi da dove origina tutto questo male.

3. La risposta a questo interrogativo viene innanzitutto dalla considerazione della Medicina come "istituzione" umana; secondo gli insegnamenti della psico-sociologia francese (E. Jaques, 1955) l'istituzione è una dimensione sottostante ad ogni organizzazione, sempre presente anche se sottaciuta, rimossa, non detta: è l'anima che informa la organizzazione.

In questa prospettiva, la Medicina rivela una duplice impostazione istituzionale, la prima derivante dalla Scuola di Kohs, la seconda da quella di Galeno.

A Kohs Ippocrate insegnava che la malattia è un *processo* che interessa tutto il paziente, nella sua organicità ma anche nei suoi rapporti inter-individuali, e nella sua storia. La malattia vi era considerata come un fatto vitale, avente un significato ed un fine e dove i sintomi sono dei messaggi da decodificare; la loro comprensione è salvifica e nasce da una compartecipazione affettiva, una sofferenza con-divisa, una ricerca fatta insieme della guarigione o della morte. Il principio soggiacente di questa impostazione, che si può qualificare antropologica, è che «si capisce perché si è cambiati» e quindi il cambiamento vi diventa il primo obiettivo.

Freud ha sostanzialmente ereditato questa impostazione e di fatto tutto il procedimento della psicoanalisi è Ippocratico.

Galeno è stato invece il medico che, in veste di tecnico, ha visto la malattia come l'invasione di un corpo già buono da parte di un nemico. La necessità è stata qui quella di scoprire il nemico per combatterlo, ucciderlo, sviluppando al massimo, a questo fine, i mezzi di intervento curativo; questi, sempre più perfezionati, sono in mano ad un operatore, il medico, che per definizione è immune dal male, è diverso dal malato e proprio per questo è deputato a guarirlo; il principio cui questo paradigma si riferisce è che bisogna «capire per cambiare».

Questa impostazione costituisce un modello armato ereditato dalla Medicina tecnologica, che si ammanta di scientificità, è prevalentemente biologica, ed è quindi aliena da qualsiasi influenza determinante di tipo psicologico.

Orbene, la Medicina attuale è sempre più "Galenica", sempre meno "Ippocratica", e in termini psicoanalitico F. Fornari (1976) la ha definita «fallicentrica» (armata come un guerriero di spada per uccidere il nemico, come fa il medico tecno-biologico) invece di essere «onfalocentrica» (secondo il modello del cordone ombelicale che unisce la madre col suo bambino, come il medico che non "cura" il paziente ma "si prende cura" di lui).

Si vede infatti quanto poco, generalmente, il mondo dell'accademia nell'insegnamento medico considera e tratta discipline come la psicologia, la psico-dinamica, la psicoanalisi nei confronti dell'anatomia e delle materie biologiche e come la psichiatria, che dovrebbe rappresentare il paradigma ippocratico, viene invece facilissimamente snaturata in senso biologico.

La Medicina si è venuta così trasformando in un sistema conoscitivo-operativo in cui l'Informazione (galenica) prevale sulla Comunicazione (ippocratica), nel quale pertanto manca ogni presupposto all'empatia: per il trionfo, al suo posto, della ingegneristica dell'uomo, unico modo che si propone a modello di scienza. In questa operazione il malato scompare in quanto soggetto e tende a diventare niente altro che il campo nel quale il medico osserva dei fenomeni, verifica delle leggi, ritrova ciò che era stato stabilito nel sapere codificato; secondo la sottolineatura di G. Canguilhem (1966), «la malattia non è più oggetto di angoscia per l'uomo sano, essa diventa oggetto di studio per il teorico della sanità».

4. Oggi, proprio per merito delle ricerche psico-dinamiche, si conosce la ragione di questa inclinazione, che tende a diventare pre-ponderanza, della Medicina tecnologica su quella antropologica: è la incapacità di affrontare le ansietà proprie del campo medi-

co, la strategia più inconscia che consapevole di scotomizzarle, di negarle (G. Guerra, L. Ancona, 1983).

Un'analisi della Medicina come istituzione ha messo in evidenza le tre sorgenti di angoscia che ne animano la professione: a) il desiderio di penetrare i segreti della vita e della morte, compiti che spettano alla divinità e per cui controllo si corrono rischi mortali; b) la infrazione del tabù che interdice l'accesso all'interno del corpo dell'altro, divieto paradigmaticamente rappresentato dalle vicende storiche legate alla pratica dell'autopsia; c) il contatto, al livello più profondo e primitivo della mente, con la morte resa presente dalla malattia ed evocante ansietà specifiche (G. Guerra, 1981).

Il sapere medico che si rifà all'esercizio della logica rappresenta una modalità di controllo di particolare efficacia nei confronti di questa triplice sorgente di ansia e questo principio è stato puntualmente confermato dalla analisi della organizzazione ospedaliera svolta da I. Menzies (1970). A questa ricercatrice è risultato che i meccanismi di difesa all'opera nel servizio di assistenza a livello paramedico (ma si può estrapolare lo stesso dato per il livello medico) sono i seguenti: il frazionamento della relazione con il paziente, la spersonalizzazione, la categorizzazione e la negazione del significato dell'individuo. Scopo di questa strategia difensiva è quello di difendere l'individuo dall'ansietà che renderebbe impossibile, o comunque molto più gravoso il lavoro perché questi meccanismi, ha detto la Menzies «sono rivolti alle violente, terrificanti situazioni dell'infanzia (che la malattia fa riemergere) e si fondono su violente scissioni che dissipano l'ansietà».

Tutto quanto è stato ricordato rappresenta peraltro in concreto la dimensione galenica della Medicina, in quanto la procedura razionalizzante, divisoria, controllante, è un ottimo modo per vincere emozioni e ansietà; ed è proprio per questo che questa dimensione è prevalsa nella Medicina contemporanea programmaticamente aliena da preoccupazioni e dubbi. Ma, come si è già visto, questo fatto distrugge la possibilità del rapporto empatico, e si costituisce pertanto come la causa primaria del fallimento della Medicina stessa.

5. Una spiegazione alternativa della crisi di cui soffre attualmente il rapporto medico/paziente deriva dall'analisi del paziente e del medico come protagonisti dell'atto sanitario.

Per quanto riguarda il primo la malattia, specialmente quella istituzionalizzata, lo pone in una posizione inevitabilmente degradata rispetto a quella della vita ordinaria, e ciò per almeno questi aspetti: a) è costretto a permanere a letto, b) deve subire pratiche inusuali o strane, frequentemente innaturali, come perfusioni, iniezioni, uso della pala, cateterismi e clisteri, c) non riceve risposte puntuali alle domande che fa o riceve risposte che in un secondo tempo scopre diverse dalla verità, d) deve consentire spogliamenti, toccamenti, esplorazioni di parti anche intime e anche in presenza di terzi e deve affrontare medicazioni fastidiose, interventi dolorosi, senza poterli arrestare una volta dato il proprio consenso al loro svolgimento.

Su di un altro piano si deve considerare che anche il rapporto col medico e col personale para-medico contribuisce incisivamente a modificare lo stile di vita del paziente; questi entra infatti in una situazione di dipendenza da loro, quella che sul piano incon-

scio si qualifica come *transfert*. Per la stessa il soggetto regredisce ad una situazione precedente della sua vita, che può essere anche molto antica e da ciò viene animato, nella attualità, dagli stessi sentimenti, avuti nel passato verso le persone autorevoli, o autoritarie, del suo passato. Ed egli applica, alle persone di ora le stesse emozioni, sentimenti, avversioni che ha avuto a quelle di allora, in piena o solo parziale inconsapevolezza di questo “trasferimento” e in assoluta indipendenza dal contenuto del rapporto inter-personale in atto.

In una parola il paziente, inavvertitamente o meno, va incontro per causa della sua malattia ad una sorta di infantilizzazione (L. Ancona, 1992).

Lo scenario che è stato descritto va obbligatoriamente conosciuto e controllato, se si vuole garantire nel rapporto medico-paziente la comunicazione, quindi la empatia, altrimenti impossibili da raggiungere: il malato è infatti straordinariamente sensibile ai dinamismi ricordati e, se essi non sono tenuti in adeguata considerazione, invece della comunicazione ed empatia si verifica solo informazione ed un contatto strumentale.

Tuttavia, sull'*helper* la situazione di malattia, specialmente se grave o non ordinaria, svolge un ruolo attivo e trasformante, a rischio; per essa vengono infatti ad emergere le motivazioni profonde per le quali chi presta cura, medico o para-medico che sia, è tale e cioè le ragioni ultime per le quali è stata fatta la scelta di professare Medicina.

Nel suo rapporto a questo convegno M. Cesa Bianchi ha sottolineato la possibilità del ricorrere, in questi casi, di atteggiamenti come la onnipotenza, il controllo, la esibizione; si tratta infatti di evenienze tutt'altro che infrequenti nella classe sanitaria ed esse possono essere ancor più evidenziate, quindi sottoposte a controllo, quando se ne mettono in evidenza le radici profonde.

A livello di inconscio gli atteggiamenti che sono stati ricordati rientrano rispettivamente nella dinamica inconscia del *maternage*, del *paternage* e della rivalità.

Per la prima *helper* si prodiga in un accudimento invasivo, instancabile, che tende a togliere ogni autonomia e rispetto al malato, sino a realizzare un “onfalocentrismo” asfissiante; per la seconda, la libertà del paziente va perduta, in una serie di imposizioni che nell'estremismo “fallocentrico” sconfinano nell'accanimento terapeutico; per la terza, si verifica una completa negligenza del malato come paziente e come persona, perché l'unico scopo cui si mira è di fare largo e luce a se stessi, strumentalizzando a questo fine sia i malati che i colleghi.

Alla base di tutto ciò sta il fatto che il medico costituisce, già con la sua persona, un vero e proprio farmaco, e questo si verifica secondo la antinomia che è naturalmente intrinseca al farmaco, di essere cioè solidalmente rimedio/veleno: una realtà che rimane tuttavia in gran parte ignorata, perché essa è soprattutto di livello inconscio.

6. Se tale è la situazione, il problema è quello di come apprendere sul campo, e poi insegnare, a rendere umano il rapporto col paziente, in modo che esso sia impostato sulla comunicazione e sulla empatia, piuttosto che sulla informazione.

Sembra che ciò possa raggiungersi per due vie, una teorica e l'altra pragmatica.

Sul primo di questi due piani lo sforzo da fare è di cercare di ibridare, nella propria mente e poi nell'azione, i seguenti elementi antinomici fra loro, in modo da ottenerne una sintesi sopra-ordinata, diversa e migliore per efficienza e verità: il fallocentrismo e

l'onfalocentrismo, la natura biologica e quella psicologica dei sintomi, il loro carattere di menzogna e di verità, la malattia come esito di fatti ma anche come espressione di significato, il suo carattere del tutto individuale ma anche sociale (L. Ancona, 1993). È pertanto indispensabile assumere il principio che la Medicina è una disciplina ambigua, o meglio anfotera, che nell'atto di rivolgersi al paziente come un oggetto di studio, si riferisce ai criteri di scientificità del paradigma ipotetico/deduttivo, di marca aristotelico-galileiana, ma che contemporaneamente eccede questi stessi criteri secondo un modello di scienza probabilistica e congetturale (C. Ginzburg, 1986): congettura che nasce dall'incontro emotivo col paziente, quindi esclude la ripetibilità dei fenomeni e ammette la quantificazione soltanto come una funzione ausiliaria.

La versione galileiana di scienza si fonda infatti, e si sostanzia, nella rigosità e impersonalità della *osservazione*: quanto più essa è priva di inferenze soggettive, e la si garantisce dalla presenza di pregiudizi, contaminazioni, apporti personali, tanto più si avvicina alla verità oggettiva del dato di ricerca. Avvicinamento che si avvale dei mezzi sempre più sofisticati di indagine che la chimico-fisica-biologia continuamente mette a disposizione, e dall'uso rigoroso del metodo induttivo-deduttivo offerto dalla logica aristotelica, applicato a oggetti concreti, forti.

La versione non-galileiana, probabilistica, di scienza è *toto coelo* diversa; essa riguarda il dato da conoscere come il risultato di una *costruzione* secondo il modello che va sotto il nome di «paradigma indiziario»; in questa costruzione valgono come punto di partenza e linee di guida non gli aspetti concreti, forti, ma quelli marginali, infimi, deboli; essi vi sono considerati come fatti importanti, segni, traccia, che rivelano la probabilità di altri fatti che avvicinano alla verità in quanto, e nella misura in cui, vengono compartecipati dallo stesso dato di osservazione. Al proposito, ciò che viene fondamentalmente utilizzato non è il risultato della osservazione, poiché questa risulta, piuttosto che una fedele fotografia, un dato impregnato di inferenze soggettive, un'illusione (F. Borgogno, 1978); è invece il vissuto in tempo reale che deriva dal contatto intimo, partecipato, con l'oggetto di osservazione e di ricerca, in un lavoro esperienziale che si fonda sulla *abduzione*.

La abduzione parte dal risultato che si osserva e ipotizza che lo stesso sia il caso di una legge nella quale si adatta e che esso stesso contribuisce a determinare; appartenendo questa legge ad un campo contiguo a quello cui il risultato naturalmente appartiene, secondo una modalità decisamente analogica.

Il termine anglosassone *abduction* significa ratto, rapimento, e proprio per questo U. Eco (1984) ha affermato: «Se ho un risultato curioso in un campo di fenomeni non ancora studiato, non posso cercare una legge in quel campo (se ci fosse e la conoscessi il fenomeno non sarebbe curioso). Devo andare a “rapire” o “prendere a prestito” una legge altrove».

In una brillante tesi di specializzazione in Psichiatria intitolata *Paradigma indiziario e ricerca clinica* (U.C.S.C., 1991), P. Pesaresi ha sostenuto che questo è il procedere della *detection*, conducente alla scoperta del responsabile nel racconto poliziesco.

È stato comunque Freud a cogliere il valore euristico di questo procedimento nella cultura a lui contemporanea (Arthur Conan Doyle con l'invenzione di Sherlock Holmes e Giovanni Morelli inventore dei particolari più trascurabili nella critica d'arte) ed a tra-

sfonderlo nella psicoanalisi, con la importanza che in essa si dà ai dati marginali (lapsus, atti mancati, resti nel sogno della vita quotidiana); da questa cultura è derivato il principio che tracce minime, appena percepibili, permettono – se opportunamente ordinate e collegate tra loro – di definire per abduzione una realtà diversa da quella del mondo cui appartengono e che rimarrebbe altrimenti irraggiungibile.

È proprio l'abduzione che si ritrova nella comunicazione ed empatia.

7. Infine, sul piano clinico l'apprendimento della Medicina che è stata qui chiamata «antropologica», nella quale sono primarie la comunicazione e la empatia, si raggiunge particolarmente bene con la pratica dei c.d. Gruppi Balint. Si tratta di una didattica del tutto nuova in Medicina, diffusa soprattutto in paesi diversi dal nostro, perché in Italia è ancora ostacolata da diffidenze e da difficoltà burocratiche; di fatto questi “gruppi” di apprendimento e ri-apprendimento insegnano in modo insuperabile e breve il corretto rapporto che corre fra *helper* e paziente.

Si rimanda alla letteratura specializzata per una adeguata conoscenza di questa pratica (A. Maltese, 1992) e qui ci si limita a ricordare che il gruppo Balint è un processo di esplorazione diagnostica in termini analitici delle dinamiche personali e collettive sottese alle inter-azioni sociali di sistemi chiusi, come lo è il rapporto medico-paziente specialmente se istituzionalizzato in ospedale. L'adesione su base assolutamente volontaristica di chi presta cura ad un Gruppo Balint e la partecipazione ad un seguito di sue sessioni mobilita il potere svelatore inerente ad ogni gruppo in analisi e consente l'emergenza delle dinamiche inconsce della inter-azione in oggetto, consentendo al contempo una micro-conversione della personalità dell'operatore interessato, soprattutto negli aspetti della sua professionalità.

Le sessioni si svolgono per 90 minuti, in un primo tempo in un gruppo di 10-15 “protagonisti” seduti in cerchio, dei quali uno si offre di esporre un proprio caso professionale “difficile”, che viene discusso dagli altri del cerchio, con l'assistenza di due esperti di Gruppi Balint. Altri convenuti siedono al di fuori del cerchio dei “protagonisti”, intervenendo come “coro” alla metà del tempo programmato per la seduta.

Alla fine delle sessioni, ordinariamente quattro, una analisi epicritica del lavoro svolto consente di apprezzare i singolari vantaggi personali e sociali che si sono ottenuti.

Trasformazione del *setting* mentale e di quello comportamentale sottendono in tal modo all'apprendimento del modo corretto di svolgere il rapporto medico-paziente in chiave antropologica.

BIBLIOGRAFIA

- TH. LIPPS (1898), *Komic und Humor*, Amburgo e Lipsia.
- S. FREUD (1905), *Il motto di spirito e la sua relazione con l'inconscio*, in *Opere V*, Torino, Boringhieri, 1972, pp. 7-211.
- E. STEIN (1917), *L'Empatia*, Milano, Angeli.
- I. ILLICH (1976), *Nemesi Medica, L'espropriazione della salute*, Como, Red, 1991.
- E. JAKES (1955), *Sistemi sociali come difesa contro l'ansia persecutoria e depressiva. Contributo allo studio psicoanalitico dei processi sociali*, Milano, Il Saggiatore, 1966, pp. 609-633.
- F. FORNARI, *Simbolo e Codice*, Milano, Feltrinelli, 1976.
- G. CANGULHEIM, *Une pédagogie de la guérison est-elle possible?* in «Nouvelle Revue de Psychanalyse», 17, 1978.
- G. GUERRA, L. ANCONA, *Comunicazione o non-comunicazione nella équipe medica*, in «Difesa Sociale», 5, 1983, 5-13.
- G. GUERRA, *Istituzione della medicina e organizzazione dell'ospedale*, I Congresso AIEMPR, Bruxelles 1981.
- I. MENZIES, *The functioning of social systems as a defense against anxiety*, London, Tavistock, 1970.
- L. ANCONA, *Il rapporto inter-personale nella clinica*, in «Federazione Medica», Gennaio 1992, pp. 7-9.
- L. ANCONA, *La psicopatologia da fatto a evento*, in «Psicoterapia e scienze umane», XXV, 1, 1991, pp. 69-80.
- C. GINZBURG, *Spie. Radici di un paradigma indiziario*, in *Miti, emblemi, spie. Morfologia e storia*, Einaudi, Torino.
- F. BORGOGNO, *L'illusione di osservare; riflessioni psicoanalitiche sull'incidenza del soggetto nel processo conoscitivo*, Torino, Giappicchelli, 1978.
- U. ECO, *Semeiotica e filosofia del linguaggio*, Torino, Einaudi, 1984.
- A. MALTESE, *La necessità della formazione psicologica del medico ed i gruppi di formazione Balint*, in «Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria», LIII, 3, 1992, pp. 406-417.