

Dal guarire al curare di Renato Palma

Premessa

Ci siamo proposti di ricercare un modo più efficace di utilizzare le conoscenze in campo medico, seguendo il suggerimento di Thomas Kuhn¹ per il quale i progressi della scienza derivano dalla capacità di interpretare in modo diverso dati già noti.

L'insegnamento universitario fornisce le basi teoriche e i modelli operativi necessari all'azione terapeutica, esaltandone gli aspetti oggettivi, scientifici.

Noi abbiamo lavorato intorno ad un'ipotesi: la medicina è anche un modo di pensare, che risente delle paure, delle difficoltà e dei preconcetti della cultura nella quale agisce.

Lo stato di necessità nel quale nasce il rapporto terapeutico spesso genera disagio nel medico e ansia nel paziente e fa sembrare perso il tempo speso ad approfondire questi stati d'animo.

Per questo ci pare opportuno occuparci di tutto ciò che precede le azioni del medico, prestando attenzione al modo in cui il medico vive nel mondo della medicina nei periodi nei quali l'urgenza della richiesta di aiuto è inesistente e quindi la filosofia del rischio sempre possibile non dovrebbe esistere, o, se esiste, appartiene al medico.

Così abbiamo avuto l'occasione di accorgerci che i paradigmi della terapia derivano strettamente dalla cultura e filosofia della medicina e che un loro cambiamento produce maggiori possibilità di raggiungere gli scopi terapeutici con un minore spreco di energia. Abbiamo lasciato da parte le critiche e le polemiche sollevate da più parti sulla sanità e sul ruolo del medico.

Ritenendo più utile prenderci a cuore la serenità del medico, suggeriamo di cercare i modi che possono rendere meno faticosa la sua professione, persuasi che un lavoro di ricerca personalizzata sulla sua visione della vita, sul rapporto che ha con se stesso e con la medicina possa migliorare lo stato d'animo con il quale affronta l'evento sofferenza e quindi il rapporto con chi viene a chiedere il suo aiuto.

¹ T. S. Kuhn: La struttura delle rivoluzioni scientifiche Einaudi 1978

La serenità del medico

Il medico ricorre alla sua autorità per ricondurre l'emotività delle situazioni che affronta all'astrazione oggettiva appresa durante gli studi, proponendosi di eliminare le componenti umane che disturbano il suo intervento .

La domanda "dove ha male?" al posto della più vaga "che cos'ha?" lo pone al di là dei disturbi soggettivi difficilmente classificabili e disegna uno spazio nel quale è finalmente possibile localizzare il male.

La sovrapposizione della malattia alla totalità dell'uomo malato rappresenta un momento transitorio. Subito dopo il medico si perde nei labirinti tissutali e cellulari, biochimici e biomolecolari, e trascura il rapporto con la complessità della situazione.

La sua idea è che il malato aggiunga "alla pura essenza nosologica come altrettante perturbazioni, le sue disposizioni, la sua età, il suo modo di vivere e tutta una serie di eventi che, rispetto al nucleo essenziale, figurano come accidenti. Per conoscere la verità del fatto patologico, il medico deve astrarre il malato... Paradossalmente, il paziente non è, rispetto a ciò di cui soffre, che un fatto esteriore; la lettura medica non deve prenderlo in considerazione che per metterlo tra parentesi"².

Il paziente, in quanto uomo non esperto, gode di una considerazione limitata: da qui la riluttanza a concedergli informazioni che lo riguardano, la mancanza di interesse per la sua opinione, il suo consenso, i suoi bisogni.

"Per poter proporre a ciascuno dei nostri malati un trattamento perfettamente adeguato alla malattia e a lui stesso, noi cerchiamo di farci sul suo caso un'idea oggettiva e completa, raccogliamo in una pratica che gli è personale (la sua "osservazione") la totalità delle informazioni di cui disponiamo su di lui. Lo "osserviamo" allo stesso modo in cui osserviamo gli astri o un'esperienza di laboratorio"³.

L'uomo malato scompare per far posto alla malattia; l'uomo medico arretra al cospetto degli obblighi e delle pretese della medicina. Svanisce la possibilità di confrontarsi, di partecipare attivamente, di prendere decisioni che alla fine riguardano la vita degli individui e non i loro ruoli.

Il medico è impegnato ad enucleare dalle sue osservazioni gli elementi simili ai quadri patologici che ha nella sua memoria. Procedo sospettando sempre un fatto grave col timore di doverlo confermare. Il suo modo di conoscere è limitato al riconoscimento, che permette di fare in tempi brevi la diagnosi, e cataloga come inesistente ciò che non gli è già noto.

Questo approccio genera nel paziente sudditanza e timore di non essere in grado di contrapporsi ad un intervento del medico che determini un peggioramento della qualità della sua vita.

Il medico non gode di maggiore serenità: sa di non essere capace di rispettare il benessere e la libertà di scelta di nessuno dei due.

L'assillo di una preparazione più accurata appartiene alla stessa matrice che ha generato il problema. Per questo non rappresenta una risposta soddisfacente. La tranquillità, come gli

² M. Foucault, *Nascita della Clinica*, Einaudi 1969, p. 20

³ J.-C. Sournia, *Logique et morale du diagnostic*, Paris 1962, p. 19 citato da Foucault

altri scopi che la medicina si propone di raggiungere, fa parte di un campo di esperienza più vasto, che è più psicologico che tecnico, più umano che meccanico.

In questa ricerca il comportamento del medico risulta limitato dal senso dell'impossibilità, un problema che riguarda la nostra idea della conoscenza.

"Eppure occorre che l'uomo si svegli dal suo millenario sogno per scoprire la sua solitudine completa, la sua estraneità totale. Egli ora sa che, come uno zingaro, è ai margini dell'Universo in cui deve vivere. Un Universo sordo alla sua musica, indifferente alle sue speranze, alle sue sofferenze, ai suoi crimini"⁴.

Qualche problema personale induce Monod a considerare la scienza come l'opposto della collaborazione, della solidarietà, della comunicazione e del dialogo.

Quando il medico si isola all'interno di rapporti volti solo a raccogliere dati sanitari accetta di ridurre la realtà alla visione determinata dai suoi interessi professionali.

Questa solitudine, e l'eccesso di responsabilità che ne deriva, genera ansia che può sfociare in una maggiore invasività.

L'Associazione Medica Mondiale ha suggerito che "gli interessi del soggetto debbano sempre prevalere su quelli della scienza o della società" proponendo un maggiore rispetto per il medico e per il paziente.

Per realizzarlo occorre rinunciare all'uso del potere che sbilancia i rapporti, complica la comunicazione, altera e impoverisce le informazioni, riduce all'impotenza il paziente, utilizza la forza per imporre soluzioni.

Il rapporto medico/paziente, e più ancora paziente/medicina, non può continuare a strutturarsi in un contesto magico nel quale la responsabilità e capacità individuale viene esclusa dalla realizzazione del rimedio.

Questa impostazione infatti produce un capovolgimento della situazione iniziale e impone al paziente l'impegno di aiutare il medico, assecondando quietamente i suoi umori e le sue decisioni, per evitare interventi aggressivi giustificati dalla necessità di vincere la resistenza alle "giuste" prescrizioni.

Sicuramente gioverebbe agire con più senso della relatività.

La certezza in medicina è un gioco di probabilità che si avvantaggia dell'accoppiamento tra le nozioni del medico ed il rispetto dei bisogni intimi del paziente.

Una maggiore cautela, la capacità di aspettare e la disponibilità ad aiutare senza opporre le proprie idee, divengono basilari al raggiungimento del benessere.

Per superare il metodo della contrapposizione, che caratterizza l'atteggiamento terapeutico generando la necessità di uno sforzo molto maggiore di quello necessario in un clima di collaborazione, occorre mettere in discussione le idee del medico.

Essere oggetto di interesse, divenire il centro della questione, appare strano a chi è abituato ad essere consultato per emettere pareri che riguardano la salute e la vita degli altri.

Ma è un passo necessario ad imparare il reale significato del prendersi cura, partendo dall'esperienza con se stesso (medice, cura te ipsum) e a cambiare il rapporto oblativo, privo di fantasia, con la medicina che produce solo sofferenza.

Il medico acquisisce questo atteggiamento mentale insieme alle nozioni scientifiche; per questo non si incuriosisce sul potere che le sue idee esercitano o su quale ruolo gioca la cultura nel selezionare i problemi che vengono proposti alle sue cure.

Anche quando la medicina diviene insoddisfacente il medico continua a ritenere che ciò sia risolvibile grazie a nuove scoperte scientifiche.

⁴ J. Monod, Il caso e la necessità, Mondadori, Milano 1976, p. 136

Tutta la problematica umana, tutto il discorso sulle matrici che generano il suo pensiero vengono escluse dall'insegnamento a solo vantaggio dell'acquisizione di metodiche e tecnologie che non vanno alle radici del problema, che non permettono di rendersi conto, di acquisire il massimo delle informazioni sulla globalità della situazione, di dare maggiore elasticità al sistema.

Senza questa visione allargata, critica, possibilistica si produce malessere ed impotenza.

Per troppo tempo il medico è stato lasciato da solo. La presunzione di essere indispensabile gli ha fatto assumere atteggiamenti dispotici e intransigenti che non gli giovano.

La medicina è divenuta una struttura autonoma, contro la quale si infrangono soluzioni possibili il cui ambito è semplicemente umano, sacrificate al mito dell'oggettività che ha caratterizzato l'epistemologia normativa.

Oggi la scienza non teme più gli influssi negativi della soggettività. Anzi il soggetto è divenuto elemento centrale della conoscenza.

Lo sviluppo di una medicina più attenta alle necessità individuali e maggiormente disponibile a confrontarsi con la complessità delle esperienze umane (la loro semplificazione cartesiana ha già mostrato i suoi limiti) garantisce una maggior armonia all'interno del suo campo d'azione che va a tutto vantaggio della serenità del medico e del paziente.

Quale alternativa?

L'aggressività o l'impressione di essere trascurati, gli insuccessi, il timore degli effetti collaterali, la comparsa di malattie iatrogene, hanno ridotto l'entusiasmo e la fiducia nella medicina.

Molte persone si sentono costrette ad affidarsi ad altre terapie che l'ottica contrappositiva del sistema dominante considera come inferiori, astenendosi dal confronto e dalla ricerca dei loro aspetti funzionali che possono definire il loro campo di applicazione.

L'idea è che la medicina vera sia solo quella ufficiale. Questo bisogno di assolutezza è purtroppo condiviso anche dagli approcci cosiddetti alternativi.

Ne nasce una polemica tra il medico e tutti gli altri (compreso i pazienti) che rende più difficile far progredire le idee inerenti al prendersi cura individuando le possibilità soffocate nei paradigmi comuni a tutte le forme di terapia che creano distorsioni della comunicazione, danno un taglio solo sanitario alla raccolta delle informazioni, inibiscono la collaborazione necessaria ad affrontare problemi che riguardano la qualità dell'esistenza.

Proust sosteneva: "credere nella medicina sarebbe il colmo della pazzia, se il non crederci non fosse una follia più grande poiché da questa massa di errori sono emerse nel corso del tempo molte verità"⁵.

In effetti la medicina rappresenta il risultato dello sforzo di tutte le tecnologie che l'uomo ha saputo realizzare: per questo le critiche, come quelle mosse da Illich⁶, non risultano costruttive.

Non è la medicina che è buona o cattiva, ma è l'uso che ne facciamo che la rende utile o pericolosa.

Quest'uso dipende dalle nostre convinzioni.

Quindi non è il dato tecnologico che deve essere messo in discussione.

Non mi pare infatti il caso di negare l'idea stessa di progresso, per la quale la scoperta di nuovi sistemi dipende dal senso della possibilità che spinge l'uomo a non arretarsi di fronte alla fallibilità degli strumenti che ha a disposizione.

I limiti che dobbiamo affrontare appartengono alla nostra cultura; divengono più evidenti in medicina perché le nostre aspettative investono risultati che riguardano specificamente le qualità affettive dell'esistenza che definiscono il nostro processo di umanizzazione: la solidarietà, prima di tutto; poi la percezione di essere aiutati.

Il sogno di una soluzione alla malattia e alla sofferenza ottenuta attraverso la chimica o l'alchimia ci solleva dalla responsabilità delle nostre scelte e ci permette di dimenticare che ogni nostra esperienza si genera ed è frutto della relazione che stabiliamo con lei.

Questo desiderio, la conoscenza come potere illimitato inseguita dal dottor Faust, in medicina produce una ipertrofia dell'apparato di prevenzione e contenzione.

Il mondo in cui viviamo diviene più precario se insistiamo a volerlo controllare, dominare, se riduciamo ogni esperienza a lotta.

L'uomo costituisce una novità nell'evoluzione perché è capace di amare e questa sua capacità gli consente di creare un mondo in comune con gli altri.

Senza amore ci sentiamo privati della possibilità di provare ad essere liberi.

⁵ Mc Keown, T., La medicina: sogno, miraggio o nemesi? Palermo, 1978. pag. 15

⁶ Illich, I., Nemesi medica l'espropriazione della salute, Mondadori, 1977

"Cerchiamo di non cadere in equivoci, qui non stiamo facendo della morale...; stiamo solo mettendo in evidenza che biologicamente, senza amore, senza accettazione dell'altro, non c'è fenomeno sociale"⁷.

La situazione di cui si occupa la medicina è caratterizzata da un'improvvisa perdita di autonomia, o, peggio, dalla paura di non essere più in grado di realizzare il proprio progetto e per questo di essere esposti all'arbitrio di chi dice di prendersi cura e pretende di farlo senza neanche ascoltare, perseguendo un'idea di bene che non viene nemmeno confrontata con quella di chi è in stato di indigenza.

Il primo scopo della medicina è dunque garantire la sicurezza che verrà fatto tutto il possibile per lenire la sofferenza nel rispetto delle convinzioni e delle necessità dei pazienti. Come si vede non si parla di restitutio ad integrum o di problemi scientifici connessi con la sua realizzazione. Si parla della possibilità di sentire che il desiderio di stare bene avrà nell'incontro con il medico un'occasione di essere preso in considerazione, sotto ogni punto di vista.

La distrazione del medico, la sua mancanza di rapporto con il paziente, è raccontata con molto umorismo da Ronald Laing, in "Mi ami?"⁸.

"Dottore: 'Come sta?'

Il paziente indica il tubo da tracheotomia che ha sul collo, che lo ha evidentemente privato delle corde vocali.

Dottore: 'Mi scusi'. Rendendosi conto che il paziente non può parlare, il dottore prende taccuino e matita e scrive:

COME STA?

e porge taccuino e matita al paziente perché risponda.

Il paziente prende taccuino e matita e scrive:

NON SONO SORDO."

Sembra che in passato le cose stessero diversamente se dobbiamo dar fede a Martin Lutero che, in viaggio per Roma, ebbe bisogno di un ospedale fiorentino e lo descrisse così: "Sono costruiti con edifici regali, ottimi cibi e bevande sono alla portata di tutti, i servitori sono diligentissimi, i medici molto dotti, le lenzuola ed i vestiti sono pulitissimi. I letti sono dipinti. Appena viene portato un malato, lo si spoglia di tutte le sue vesti che alla presenza di un notaio vengono onestamente messe in deposito; gli si mette un camiciottolo bianco, lo si mette in un letto di seta pura. Subito dopo arrivano due medici. Vengono poi dei servitori portando da mangiare e da bere in calici di vetro pulitissimi che non toccano neppure con un mignolo, ma li offrono su di un piatto".

Noi siamo abituati all'esperienza quotidiana di lotta: il medico lamenta la scarsa collaborazione del paziente, il paziente non si sente curato.

Forse pesa al medico aver preteso di essere l'unico responsabile della salute del paziente pur sapendo di non essere all'altezza del compito: i suoi strumenti infatti possono solo innescare, ma non determinare i cambiamenti.

Senza questa rinuncia liberatoria spesso gli tocca inventare storie inverosimili che rendono più faticosa la sua professione, non hanno alcuna utilità e mettono in dubbio la sua credibilità.

⁷ Maturana, H., Varela, F., L'albero della conoscenza, Garzanti, 1987, pag.198

⁸ R. Laing, Mi ami?, Einaudi, 1978, pag. 11

Durante gli studi in medicina laurearsi senza perdere tempo non lascia tempo per chiedersi, ad esempio, se considerare la malattia determinata in una certa misura dal caso sia un concetto funzionale.

Divenire medico comporta infatti l'adesione ad una filosofia molto rigorosa che non discute i suoi paradigmi costitutivi.

Così il rapporto con il paziente, o semplicemente con le proprie idee, procede per stereotipi e non ricerca che cosa vuol dire 'avere cura', 'ammalarsi', 'guarire', 'vivere una situazione come irreversibile'.

La riflessione critica non è sollecitata: modi di agire che limitano le possibilità della terapia vengono introiettati come parte integrante della mentalità del medico.

Ad esempio il furore di intervenire anche quando il trattamento risulta inutile, sgradevole o pericoloso; l'arroganza nel prendere decisioni che fanno sempre parte della vita privata del paziente; la mancanza di considerazione per il lato psicologico della vicenda malattia; l'intolleranza ed il senso di superiorità nei confronti di altre teorie terapeutiche giudicate troppo frettolosamente come ciarlataneria.

Per questo lavorare sul mondo delle idee del medico consente progressi immediati e superiori a quelli che la tecnologia promette per il futuro.

Infatti il rispetto per le esigenze del paziente e la disponibilità a porre rimedio alla sua sofferenza, mai considerata come parte ineluttabile dell'esperienza, è di per sé in grado di garantire una migliore qualità dell'assistenza.

Il cancro, ad esempio, spaventa di più per l'esperienza degli interventi diagnostici e terapeutici.

La medicina tiene dunque in così poco conto i pazienti da tradire metodicamente le loro necessità.

Il medico però non si tratta meglio. Spesso sacrifica la propria intelligenza e la propria fantasia: il suo rapporto con il reale soffoca il possibile e essere scientifico lo porta a negare la speranza, come se la speranza non fosse l'origine della scienza.

Si realizza così uno scollamento tra la sofferenza reale e ciò che la medicina ricerca e propone.

I successi nel campo dei trapianti o nella cura dei tumori coprono il fallimento di un rapporto basato sulla paura che consiglia una scarsa confidenza: molte cose sono nascoste o comunicate in ritardo, altre sono taciute per la certezza che non verrebbero prese in considerazione.

La medicina è divenuto un universo separato, con i suoi dati e le sue statistiche, nel quale i rapporti con le richieste degli utenti sono saltati.

Secondo studi pubblicati negli Stati Uniti⁹ nel 1977 il 75% dei pazienti lamenta disturbi che la medicina non riconosce perché non è in grado di stabilire la loro organicità.

Alcuni di loro hanno bisogno di sentirsi rassicurati; altri sono alle prese con problemi familiari, economici, sociali, morali; altri ancora si sentono soli, annoiati, insoddisfatti; la gran parte è ammalata di preoccupazione per la propria salute.

Tutte queste situazioni non necessiterebbero di interventi di tipo medico, ma proprio grazie alla medicalizzazione vengono trascurate nella loro stessa essenza.

Il 90% dei disturbi sono conseguenza dello stile di vita individuale (fumo, esercizio fisico, preoccupazioni), delle condizioni sociali (reddito, abitudini alimentari) o dell'ambien-

⁹ Thomas, L., On the Science and Technology of Medicine, Daedalus, 1977, vol. 106, pag. 42

te fisico (qualità dell'aria, dell'acqua e degli alimenti) e non possono pertanto essere risolti senza la partecipazione attiva del paziente.

Il medico è responsabile della patologia oggi più diffusa nel mondo occidentale e cioè l'idea che il rischio di ammalarsi sia molto elevato.

La medicina preventiva ha spiegato che ogni malattia può complicarsi. Di pari passo con questa apprensione è lievitato il campo delle competenze del medico, che si trova ad intervenire su problemi personali e sociali di tutti i tipi.

A deformare la realtà contribuisce il mito della perfezione e la normalità definita in base a criteri oggettivi. In più viene insinuata al paziente, sempre in quanto inesperto, può accorgersi di stare male quando ormai è troppo tardi.

Ne consegue che un individuo deve considerarsi potenzialmente ammalato.

La diagnosi di salute è per altro statisticamente rara.

Infatti quanto più aggressiva e approfondita è l'indagine, tanto più alta è l'incidenza di disordini clinicamente seri.

Zola¹⁰ ha dimostrato che questo è il modo in cui il 90% della popolazione diviene portatore di qualche anomalia fisica o di qualche disordine clinico.

Come si vede nel mondo delle idee della medicina regna una grande confusione: unico dato certo è che la patofobia del medico genera patologia (considerando la preoccupazione come prima causa di sofferenza).

Alcuni rimedi possono essere proposti nel presente.

Primo fra tutti il riconoscimento del ruolo principale del paziente, il quale deve essere messo in grado di scegliere senza sentirsi minacciato dalla fallibilità dei suoi tentativi.

Tentare e ritentare fa parte del metodo scientifico e giova molto al benessere richiudere, o perlomeno non divaricare ulteriormente, il compasso che la cultura ha creato tra percezione ed azione al solo scopo di ottenere un controllo che considera solo come incidentale il rispetto per il proprio benessere.

Non dovrebbe più succedere che il medico insista ad imporre interventi in cui non crede sostenendoli con menzogne (definite pietose) perché in questo modo nega la possibilità di affrontare su un altro piano o con altri mezzi una situazione che lui stesso sa di non essere più in grado di governare.

Inoltre controllare insieme al paziente lo standard, l'efficacia e l'efficienza di quanto viene fatto rende possibile riaggiustare gli interventi in stretta reciprocità con il risultato (valutabile solo in base alla percezione soggettiva di miglioramento o peggioramento).

E' necessario porsi alcune domande. Sono soddisfatto di quello che faccio? Vale la pena di farlo e di coinvolgere il paziente? Faccio il miglior uso delle risorse rispetto ad altre disponibili?

Occorre tenere presente che le tecnologie di cui si giova il medico non sono definitive e talora vengono introdotte con troppa precipitazione nella pratica clinica suscitando speranze infondate. Gli anglosassoni le definiscono *halfway technologies*: essere a metà strada impone di non insistere oltre un certo limite (anche questo determinato dal paziente) una volta che sia verificata la loro inefficacia.

¹⁰ Zola I. K., "Culture and symptoms -An analysis of Patients presenting complaints" Am. Sociological Rev., 31:5 (Oct. 66) pp. 615-616

A questo punto mi pare sufficientemente chiarito che gioverebbe molto al benessere del medico e del paziente il fatto che nel loro rapporto ritrovasse spazio il senso della possibilità e la libertà di comunicazione che sono la base e la spinta di una ricerca terapeutica. Il bisogno di alternativa, quindi, non si esaurisce nell'assunzione di medicinali diversi. Spinge verso un modello terapeutico più elastico e relativo che accetti la possibilità di utilizzare le risorse di diversi settori della conoscenza, valorizzando soprattutto il rispetto per il paziente, incoraggiando le sue percezioni e iniziative, stimolandolo ad assumere un ruolo di sempre maggiore responsabilità ed autonomia.

In fondo la terapia deve divenire il luogo in cui si incontrano due individui che hanno capito che è solo dalla collaborazione e dalla solidarietà che può nascere una soluzione, ed è soprattutto un luogo di ascolto nel quale il fatto che entrambi stiano attenti a quello che viene detto rende possibile la creazione di una nuova prospettiva dalla quale affrontare il problema.

Dal guarire al curare

I paradigmi scientifici della medicina hanno messo in contrapposizione i metodi utilizzati per guarire e gli aspetti affettivi della cura. Il medico ha scelto per se il compito di guarire reputando poco interessante o meno importante tutto quello che concerne l'avere cura.

"Guarire" è un'azione che appartiene al medico che con il suo intervento riporta in salute, restituisce la salute "sottoponendo un malato o un ferito ai trattamenti necessari".

La premura o la sollecitudine nei confronti dei bisogni dell'altro si perde nella preoccupazione del medico di essere efficiente.

Legare la medicina al più ristretto concetto del guarire comporta alcune conseguenze negative: la sovrapposizione del giudizio di inguaribilità a quello di incurabilità; l'arroganza nel definire i criteri della guarigione o del malessere; la mancanza di rapporti tra l'universo del medico e quello del paziente.

Accade però che tutto quello che il medico aveva ritenuto necessario eliminare dalla sua professione paradossalmente diviene il limite contro il quale i suoi tentativi di guarire si arenano: occorre ammettere che la possibilità di guarire non esiste disarticolata dagli aspetti affettivi del prendersi cura, poiché è evidente che nessun intervento terapeutico può risultare da solo determinante, a meno che non ci limitiamo a risultati transitori e precari.

La salute dipende dalla capacità che l'uomo ha di amare se stesso e quindi di assumersi la responsabilità di prendersi cura di sé.

Questo risultato non si ottiene autoritariamente o attraverso la somministrazione di presidi terapeutici. E' frutto di un diverso modo di entrare in rapporto con se stessi e della collaborazione. Recuperare l'amore della cura, escluso da un'ottica meccanicistica che nella filosofia della scienza è ormai ampiamente superata, è divenuto essenziale per un migliore funzionamento della medicina.

I medici si aspettano dalla loro formazione l'acquisizione di nuove capacità di curare i pazienti.

Ciò che noi ci proponiamo è di ottenere questo scopo passando attraverso l'esperienza personale del medico, coinvolgendolo in una ricerca che riguarda le sue idee ed i suoi sentimenti e la possibilità di creare alternative al suo comportamento quando quello in uso mostra di essere inefficace o doloroso.

Questo si ottiene invertendo il flusso delle informazioni: si tratta quindi di un corso non direttivo nel quale le proposte di riflessione che vengono dai partecipanti hanno la precedenza sugli argomenti previsti dal programma.

Se così non fosse l'idea innovativa di un totale rispetto per il fruitore di un servizio sarebbe vanificata a partire dal rapporto didattico.

Accade così che possano essere trattati, su richiesta dei partecipanti, argomenti come il senso di colpa, il sacrificio, l'autorità e le loro conseguenze nel comportamento del medico.

Alcuni argomenti di riflessione

Tema 1:

La scienza classica ha esasperato la ricerca dell'invarianza, considerando oggetto di scienza quanto fosse ripetibile, semplice, spiegabile, oggettivo, assoluto e sovrastorico.

Bateson (1984) definisce la scienza come un modo di percepire, organizzare e dare significato all'osservazione costruendo teorie soggettive il cui valore non sia definitivo.

Qual'è, secondo voi, il ruolo del caso?

Tema 2:

Può il medico osservare il caso clinico da una posizione esterna e neutrale o la sua osservazione ha effetti intrusivi?

Tema 3:

Sono le nostre teorie a dirci come decodificare gli accadimenti, cosa considerare rilevante o irrilevante, cosa perseguire o tralasciare, cosa è coerente e cosa non lo è.

Se siete d'accordo fate qualche esempio.

Tema 4:

Quali sono, secondo voi, i presupposti (diagnosi, malattia, terapia sono idee che appartengono al terapeuta) che guidano l'azione del medico? Provate ad esplicitarli in modo da poterci riflettere.

Tema 5:

Neisser (1981) sostiene che esiste uno schema che guida la percezione e che la percezione a sua volta modifica lo schema il quale riorienta la percezione.

Provate a verificare questa proposta.

Tema 6:

La percezione è una base affidabile per la conoscenza?

Tema 7:

Le leggi, l'ordine, i numeri etc. sono frutto di scoperta o di invenzione?

E' possibile che l'osservatore sia il costruttore e l'ordinatore della realtà, colui che stabilisce un ordine tra i tanti possibili, quello a lui più utile?

Tema 8:

Il linguaggio ha una doppiezza affascinante, permette cioè di imbrogliare costantemente.

Che cos'è la verità e qual'è il suo ruolo in medicina?

Tema 9:

L'effetto Edipo e gli enunciati performativi.

(Sono enunciati performativi quelli in cui parola e azione collassano in una sola cosa).

Es. 1- Se urto qualcuno e chiedo scusa, il chiedere scusa mi rende scusato.

2- Il prete dice ad una coppia: "Vi dichiaro marito e moglie" e loro diventano marito e moglie.

L'enunciato performativo è un incantesimo magico che opera ciò che dice e la magia consta proprio nel far comparire i fantasmi e renderli presenti semplicemente chiamandoli.

Applicazioni in campo terapeutico.

Tema 10:

Come conosco ciò che conosco?

Tema 11:

Se la guarigione consiste in un cambiamento, come è possibile aiutare i pazienti a cambiare?

Tema 12:

Come e su cosa posso intervenire per facilitare l'evoluzione positiva dell'esperienza malattia?

Tema 13:

Qual'è la mia posizione all'interno del processo terapeutico?

Tema 14:

Come riesco a giustificare comportamenti che non condivido?

Tema 15:

In cosa consiste un agire responsabile ed etico?

Tema 14:

Il senso della possibilità

Tema 15:

Il concetto di tempo: la filosofia dell'urgenza come limite della medicina

Tema 16:

L'immagine del medico riflessa dal paziente e dal medico stesso

Tema 17:

L'ansa che il terapeuta determina, ponendosi al centro della terapia e facendo passare tutto al vaglio del suo giudizio, genera ansia nel terapeuta

Tema 18:

Comunicazione aperta e chiusa: il modello dell'anamnesi. L'acquisizione delle informazioni.

Tema 19:

In quale misura la malattia è una forma di comunicazione (primo postulato della pragmatica della comunicazione: non si può non comunicare)

Tema 20:

La banalizzazione del rapporto come causa dell'insuccesso del rapporto.

Tema 21:

Il modello percezione-azione come base della armonizzazione interiore

Tema 22:

Chi prende le decisioni in medicina: perché e per chi. Il caso dell'eutanasia

Tema 23:

E se tra medico e paziente nascesse una complicità?

Tema 24:

Chi cura chi cura?

Tema 25:

Finzione-funzione.

Per risolvere i problemi la nostra intelligenza propone una finzione. E' necessario che resti ancorata allo scopo per il quale è stata creata e che pertanto sia valida solo se funziona.

Tema 26:

Il concetto di malattia: un'ipotesi.

La malattia è una interruzione dell'esperienza in corso.
E' la sospensione del giudizio, del malessere, l'inizio della cura per se stessi.

Tema 27:

La comune radice dei modelli educativo e terapeutico rappresenta un limite alla funzione della terapia.

Si arriva a prendersi cura di sé attraverso la continuità dell'esperienza non con gli strumenti educativi, che interrompono l'esperienza del soggetto per sostituirla con quella del terapeuta

Tema 28:

La coerenza descrittiva

Niente di quello che accade, pur differenziandosi dalla norma che costituisce lo sfondo, ha la possibilità di divenire uno stimolo per il cambiamento se viene interpretata secondo lo schema attivo al momento dell'evento.

Le risposte del medico possono determinare un arresto al fluire dell'esperienza e della comunicazione e quindi della ricerca di soluzioni alterative.

Tema 29:

Un fenomeno resta inspiegabile finché il campo di osservazione non è abbastanza ampio da includere il contesto nel quale il fenomeno si verifica.

Tema 30:

Se la salute è uno sgabello a tre gambe (alimentazione, igiene, libertà), il compito del medico è tutelarle tutte e tre.

Come è possibile far convivere la libertà con le imposizioni della terapia?

Tema 31:

Cosa vi aspettate dalla vostra formazione di medici?

Tema 32:

Dal riconoscere (tipico dell'approccio medico) al conoscere. La linea d'orizzonte della medicina ora include, ora esclude fenomeni importanti per il paziente (oltre che per la capacità di entrare in relazione del medico)

Tema 33:

Il modello terapeutico fallisce in quanto si costituisce prima dell'incontro e quindi esclude i dati e la partecipazione attiva di uno dei due elementi della relazione (in realtà il medico sta in relazione con la sua conoscenza, non con l'altro)

Il medico paziente

(gioco sul doppio significato di paziente, ovviamente: il medico come "malato", il medico come "operatore nel tempo del malato")

I

I. La malattia, il dolore, la morte post-moderni

(Un'introduzione storico-critica - breve - sui significati dei tre termini al fine di mostrarne la storicità, ossia la loro natura di costrutti sociali, e, per questa via, introdurre al II.capitolo, dedicato alla cura).

a- La richiesta di medicina, ovvero che cosa si aspetta una società sempre più dipendente da soluzioni che non richiedono responsabilità e che devono transitare dal mercato

b- qual è lo stile di vita sottinteso/proposto/imposto dalla medicina

II. La cura. Scienza, medicina, progresso,

(In questo capitolo si descrive il paradigma scientifico della medicina, mostrandone i fondamenti e, soprattutto, l'interconnessione tra essi, le altre scienze, soprattutto le aspettative sociali. Più precisamente: il sistema di relazioni tra progresso scientifico, cambiamento dello statuto della medicina, organizzazione della società, per finire con l'affermazione che la cura ne è la risultante)

Le promesse della medicina e il modello magico: il ruolo del medico stregone

III. La costruzione del paziente.

(Conflitto di linguaggi/conflitto di poteri; la malattia/il malato; il corpo della scienza e il corpo vissuto; gli inganni del linguaggio della pietas; il paziente e il suo doppio: il residuo irriducibile)

il mondo della medicina appartiene al medico. Il diritto di cittadinanza del paziente (altro) è concesso dal medico solo a precise condizioni che non sono compatibili con la libertà di espressione del paziente e quindi con la sua possibilità di creare una relazione funzionale (per lui) con la sua esperienza malattia

Anche in questo senso il medico costruisce, un po' alla volta, più o meno consapevolmente, non solo la sua visione medica, ma il paziente che ad essa è adatto o adattato.

II

I. Il medico della mutua o del curare i cittadini

(Welfare state e SSN; passaggio d'epoca: da utente a cliente; il management della salute)

II. Dr.Jeckill e Mr.Hide.La malattia come colpa

(Il marketing sociale della salute: le "campagne di prevenzione" e gli stili di "vita sana" nel sistema massmediologico)

La malattia come sofferenza/limite o denuncia del limite del sistema. Pertanto colpa, perché letta come rifiuto incoercibile a rispondere alle aspettative di normalità/adattabilità (flessibilità?)

Quindi malattia proposta e vissuta come tradimento del corpo o della mente.

III. Curricola: il sapere del medico

(la formazione del medico e l'industria farmaceutica; ricerca e mercato; paradigmi del sapere medico)

la medicina come filosofia

III

I. Il medico tra potere e paura

(Stress da potere: la paura di sbagliare; il gioco dell'oggettivazione: il medico-oggetto; l'ansia della "serenità diagnostica"; le regole e la relazione negata)

II. Comunicare e costruire: la relazione ritrovata

(sapere medico e linguaggio comune: esercizi di traduzione tra medico e paziente; il vocabolario del medico-paziente come work in progress fondato sul riconoscimento dell'Altro)

III Il tempo del medico e il tempo della malattia: possibilità di conflitto

IV. L'affettività fondante

(coinvolgimento e distacco nella relazione di cura; il tempo della cura come tempo della relazione; conoscenza scientifica e strategie della fiducia; la fragile felicità del progresso vs. la "felicità del consumo".