

**La relazione medico paziente:
dialogo tra psicologia e medicina sull'adattamento**

**The patient-doctor relation:
A dialogue between psychology and medicine about adaptation**

Giovanni Guerra

Dipartimento di Neuroscienze, Psicologia,
Area del Farmaco e Salute del Bambino (NEUROFARBA).
Università di Firenze, P.za di San Marco, 4, 50121 Firenze
e-mail: giovanni.guerra48@gmail.com.

Ricevuto: 07.07.2020 - **Accettato:** 10.10.2020

Pubblicato: 07.05.2021

Riassunto

Il rapporto medico-paziente, tema ampiamente dibattuto in letteratura, viene qui proposto indicando l'adattamento come terreno di incontro nel quale medicina e psicologia possano dialogare, condividendo lo stesso punto di osservazione, pur mantenendo le loro specificità di lettura dei fenomeni e di intervento.

La vita è un continuo processo adattativo la cui storia è il risultato deterministico e imprevedibile del gioco delle risorse, delle possibilità, dei vincoli, dei limiti, delle occasioni propri sia del soggetto sia della realtà.

Questa formulazione dell'adattamento si applica tanto allo sviluppo biologico quanto allo sviluppo psicologico e, pur nella differenza dei "materiali" osservabili, offre un comune vertice di osservazione.

La malattia è un evento quasi inevitabile della vita e coinvolge il soggetto in tutta la sua complessità bio-psico-sociale.

Da qui, la sollecitazione a includere il malato con la sua soggettività (valori, storia, emozioni, fantasie ...) all'interno del campo clinico. Tale inclusione, peraltro, pone due domande: da una parte, sulle ragioni dell'eclissi dell'interesse per la soggettività e, da un'altra parte, sul potenziale valore aggiunto apportato dalla presenza della soggettività del paziente nel campo clinico.

G. Guerra / *Ricerche di Psicologia*, 2020/1 Vol. 44(1),
ISSN 0391-6081, ISSN e 1972-5620, Doi: 10.3280/rip1-2021oa11606

La logica dello sviluppo del sapere e delle tecniche in medicina spiega le ragioni del progressivo disinteresse per la soggettività, ma lo stesso sviluppo implica la valorizzazione dell'individualità biologica. L'individualità non è, di per sé, la soggettività ma costituisce indubbiamente la via per prendere in considerazione la singolarità dei processi adattativi alla malattia.

L'inclusione della soggettività se appare evidentemente vantaggiosa per il paziente, offre anche al clinico il vantaggio di una partecipazione attiva e di adesione ai percorsi diagnostici e terapeutici. Nella narrazione che il paziente fa della storia della malattia, infatti, si può rintracciare e comprendere anche la sua strategia adattativa. In particolare, si avanza la proposta di lettura della narrazione ipotizzando il vissuto della malattia e le aspettative nei confronti del curante come organizzatori della narrazione.

Parole chiave: relazione medico-paziente, adattamento, soggettività, setting medico.

Abstract

The doctor-patient relationship, a subject widely debated in the literature, is proposed here indicating adaptation as a meeting ground in which medicine and psychology can dialogue, sharing the same point of observation, while maintaining their specificity of reading phenomena and intervention.

Life is a continuous adaptive process whose history is the deterministic and unpredictable result of the interplay of resources, possibilities, constraints, limits and opportunities of both the subject and reality.

This formulation of adaptation applies as much to biological development as to psychological development and, despite the difference in observable "materials", offers a common observation vertex.

Illness is an almost inevitable event in life and involves the subject in all its bio-psycho-social complexity.

Hence, the urge to include the patient with his subjectivity (values, history, emotions, fantasies ...) within the clinical field. This inclusion, however, raises two questions: on the one hand, on the reasons for the eclipse of the interest in subjectivity and, on the other hand, on the potential added value brought by the presence of the patient's subjectivity in the clinical field.

The logic of the development of knowledge and techniques in medicine explains the reasons for the progressive disinterest in subjectivity, but the same development implies the valorisation of biological individuality. Individuality is not, in itself, subjectivity, but is undoubtedly the way to take into account the singularity of the processes adaptive to the disease.

The inclusion of subjectivity, if it appears clearly advantageous for the patient, also offers the clinician the advantage of active participation and adherence to diagnostic and therapeutic pathways. In the patient's narration of the history of the illness, in fact, one can also trace and understand his adaptive strategy. In par-

ticular, the proposal of reading the narration is made by assuming as organizers of the narration the experience of the disease and the expectations towards the caregiver.

Keywords: doctor-patient relationship; adaptation; subjectivity; medical setting.

Sono passati più di vent'anni dalla pubblicazione del numero speciale di *“Ricerche di Psicologia”* (n. 4, 1996; n. 1, 1997) dal titolo “Contributi per la Medicina”, coordinato da Albino Bosio e da Marcello Cesa-Bianchi. Il numero era il frutto di un’iniziativa promossa dal Collegio dei Docenti delle Discipline Psicologiche nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia e aveva coinvolto anche gran parte degli psicologi italiani impegnati nella ricerca e nell’intervento in ambito medico. Il Collegio era sorto per iniziativa di Marcello Cesa-Bianchi e Gustavo Iacono, in una fase di trasformazione dell’università e in particolare delle facoltà mediche. Dalla metà degli anni ‘80, infatti, la riforma della tabella XVIII – che definisce l’ordinamento didattico del Corso di laurea in Medicina e Chirurgia – aveva introdotto le Discipline psicologiche (Psicologia generale, Psicologia medica, Psicologia clinica) come materie di studio necessarie alla formazione del medico e il Collegio si proponeva appunto di definire nel modo più esauriente possibile il contributo di ricerca e di formazione offerto dalla Psicologia. Le modifiche della tabella XVIII che avverranno negli anni successivi, riconosceranno comunque sempre alla Psicologia un ruolo di base nella costruzione della professionalità medico-sanitaria.

L’iniziativa del Collegio portò a un fascicolo che raccolse più di quaranta articoli, presentando un ampio e articolato panorama del rapporto tra psicologia e medicina o, più precisamente, dell’offerta che la psicologia proponeva allora alla medicina. Allora, ma potremmo senz’altro dire anche oggi. Infatti, i contributi presenti in quel numero di *Ricerche di Psicologia* disegnavano una mappa di relazioni percorribile ancora oggi con la medesima attualità.

Nonostante la massa significativa di collegamenti e contributi intervenuti a livello sia teorico sia empirico, appare tuttora evidente che il rapporto tra medicina e psicologia, per quanto appaia “naturale”, non sia ancora completamente risolto.

Si consideri, ad esempio, il fatto che la psicologia sembra convocata nel campo sanitario, prima di tutto, in quanto specificamente competente a trattare la soggettività del paziente¹. La psicologia non ha solo questa competenza, ovviamente, e la collaborazione tra medicina e psicologia si sviluppa anche in altri ambiti molto produttivi: basti pensare alla neuropsicologia, alla psicofisiologia e, in genere, a tutto il mondo delle neuroscienze. Ma il tema della soggettività sembra proprio offrire il terreno di incontro più immediato ed evidente.

Questo tema è probabilmente la ragione più ovvia dell'inserimento delle discipline psicologiche nell'ordinamento degli studi del corso di laurea in Medicina e Chirurgia e poi di tutti i corsi di laurea di area sanitaria. Ma una interazione molto forte nasce anche dalla richiesta di aiuto alla psicologia per diverse situazioni cliniche che pongono agli operatori sanitari delle difficoltà nel rapporto con i pazienti: lo testimoniano, da una parte, il malessere degli operatori (burn-out) e, da un'altra parte, la conflittualità con gli utenti (cause legali, aggressioni fisiche).

Il rapporto medico-malato², nel quale gioca la soggettività, sembrerebbe, dunque, l'ovvio e scontato terreno d'incontro tra le due scienze. E così è, infatti. Ma le cose sono più complesse. Ci potremmo infatti porre almeno due domande: perché, nei processi relazionali inerenti alla pratica sanitaria, gli psicologi sarebbero più competenti degli operatori sanitari stessi? E poi: perché la medicina, chiamata a curare le malattie somatiche, dovrebbe includere nel suo campo la soggettività del paziente? Quale valore aggiunto si acquisterebbe?

Prima di affrontare queste due domande, è necessario individuare e delimitare un terreno nel quale medicina e psicologia possano incontrarsi al di fuori di attribuzioni stereotipali e di preconcetti.

Medicina e Psicologia

Medicina e psicologia non sono scienze omogenee al loro interno. La medicina è una "somma evolutiva di scienze applicate" – per riprendere la definizione di Canguilhem (1985) – composta da saperi e da pratiche assai differenti: scienze di base e scienze composte, ricerca di laboratorio e rapporto con persone sofferenti, studi molecolari e studio del comportamento umano. Analogamente, la psicologia è un universo composito di ambiti di

¹ Per soggettività intendiamo quell'universo di valori, di sentimenti, di esperienze, di sensibilità, di modi di sentire e di comunicare propri di una persona.

² D'ora in avanti, per non appesantire la lettura, si userà solo il termine "medico" includendovi tutte le professioni sanitarie. La funzione di cura appartiene a tutte le professioni sanitarie, ma ha nel medico la figura prototipica. I termini malato e paziente verranno usati in modo indifferenziato perché indicano, nel campo della cura, la posizione di colui che patisce una malattia.

ricerca, di teorie, di metodologie non riconducibile ad alcuna unitarietà (Canguilhem, 1958; Guerra, 2001). Allora, parlare di incontro tra medicina e psicologia, in assenza di precisazioni più specifiche, rischia di risultare piuttosto confuso, lasciando spazio a fantasie spesso improprie.

Dunque, quale medicina incontra quale psicologia?

Per quanto articolate al loro interno – e a maggior ragione nella loro interazione – medicina e psicologia presentano delle analogie sostanziali nel modo di produzione del sapere.

Ci riferiamo, seguendo la classica proposta di Wilhelm Windelband, a una sorta di oscillazione tra *scienze nomotetiche*, rivolte a stabilire le leggi di natura e ad enunciare proposizioni teoretiche generali e *scienze idiografiche*, il cui oggetto è l'evento singolo nella sua forma storicamente determinata e le cui affermazioni sono dunque particolari o fattuali. Da questo punto di vista, medicina e psicologia presentano la comune caratteristica di oscillare fra poli opposti: scienza nomotetica e scienza idiografica, scienza che ricerca leggi universali e scienza della individualità/ soggettività. Sono saperi alla ricerca di leggi generali e, nello stesso tempo, attenti alla singolarità.

A differenza delle scienze dure classiche per le quali il tempo è reversibile e non c'è storia, medicina e psicologia condividono – in modo sostanziale e non solo formale – il fatto di confrontarsi con un oggetto storico cioè in evoluzione continua, senza alcuna possibilità di reversibilità. Se l'evoluzione segue certe tappe relativamente definibili (sia nella salute sia nella malattia) è però sostanzialmente imprevedibile nel suo sviluppo sia per la casualità degli eventi sia per la singolarità di ogni individuo.

Parliamo di evoluzione per richiamare esplicitamente l'ispirazione darwiniana che – seppure in modo non sempre consapevole – informa di sé tanto la medicina quanto la psicologia. Infatti, l'evoluzione implica inevitabilmente la questione dell'adattamento e cos'è la vita se non un continuo processo adattativo che attraversa momenti di salute e, quasi inevitabilmente, momenti di malattia? Occuparsi dell'uomo vuol dire occuparsi dei suoi processi adattativi.

Per non cadere in fraintendimenti, precisiamo che la concezione dell'adattamento alla quale ci riferiamo è ben diversa dalla rappresentazione più popolare e diffusa che dipinge un organismo che si adatta subendo passivamente le variazioni dell'ambiente. In modo diverso ma convergente, autori come Richard Lewontin, Stephen J. Gould, Nils Eldredge, Humberto Maturana, Francisco Varela hanno proposto un'interpretazione dell'adattamento in termini di co-costruzione e di co-evoluzione tra organismo e ambiente. Il che significa che ogni specie e, in definitiva, ogni organismo costruisce il proprio ambiente selezionando dal mondo gli elementi per lui più significativi, utilizzando le risorse di cui dispone. La significatività de-

gli elementi selezionati è determinata dal genoma che chiama in causa le caratteristiche generali della specie, ma anche le caratteristiche individuali, i limiti e le possibilità proprie di ciascun organismo.

Se questo vale per la costruzione dell'ambiente dal punto di vista biologico, altrettanto può affermarsi per la costruzione dell'ambiente dal punto di vista psicologico, considerando come i soggetti danno significato e senso alle loro esperienze, alla loro storia, alle loro relazioni.

Pur trattando elementi differenti, la *logica* dei processi adattivi è la medesima sia dal punto di vista biologico sia da quello psicologico.

La scelta di delimitare il perimetro della nostra discussione all'ambito della relazione -cioè alla clinica- e l'introduzione del tema dell'adattamento consentono di individuare un terreno di incontro tra medicina e psicologia lontano dal rischio di proporre un assemblaggio incongruo o una banale sommatoria che salderebbe la scissione cartesiana attribuendo alla medicina il corpo e alla psicologia la psiche.

Dal punto di vista dell'adattamento, medico e psicologo sono impegnati nel comune compito di osservare e comprendere come ciascun organismo/ soggetto si sviluppa confrontandosi con i limiti, le risorse e le potenzialità proprie e della realtà *hic et nunc* e, quindi, di ricercare con il soggetto ciò che per lui è possibile, ciò che gli consente la *sua* norma, la *sua* normalità, la *sua* normatività³.

Certamente, medicina e psicologia trattano "materiali" diversi ma possono condividere lo stesso sguardo e la stessa tensione di intervento.

Così formulato, potrebbe sembrare un incontro a livello alto di teoria ma è invece assai vicino alla pratica. Ne forniamo un esempio.

Un esempio di adattamento: l'invecchiamento

Il tema dell'invecchiamento, che ha caratterizzato tutta la vita e l'opera di Marcello Cesa-Bianchi, dal primo lavoro pubblicato nel 1951 fino agli ultimi lavori nel 2012⁴, si presta in modo convincente a una lettura nella prospettiva dell'evoluzione e dell'adattamento dianzi tratteggiata.

Nella sua vastissima produzione, vale la pena di fissare l'attenzione sul costante richiamo alla singolare vicenda personale di ciascun soggetto.

La vita è un processo dotato di una freccia del tempo, è senza ritorno e implica un costante cambiamento. Questo processo sembra disegnare, quasi inevitabilmente, una parabola che allo sviluppo accrescitivo proprio

³ Sarebbe senza dubbio qui pertinente una discussione sul concetto di autonomia biologica e psicologica -da distinguere nettamente dal concetto di indipendenza. Nell'impossibilità, mi permetto di rinviare ad alcuni dei miei lavori: Guerra 2003, 2017.

⁴ La bibliografia completa della produzione di Marcello Cesa-Bianchi sul tema sta in: Elenco delle pubblicazioni di psicologia dell'invecchiamento e dell'età senile, *Ricerche di Psicologia*, 2-3, 166-179, 2012.

del bambino fa seguire una fase di maturità per poi scivolare verso l'involutione della senilità. Si tratta di una rappresentazione popolare estremamente diffusa, con infinite espressioni nei miti, nell'arte, nella cultura (Porro, 2012).

Cesa-Bianchi ha contestato il modo di considerare l'invecchiamento biologico e psicologico solo nei termini di una diminuzione delle funzioni intellettuali ed emozionali. Il suo presupposto è stato che se c'è un effettivo decadimento fisiologico delle prestazioni fisiche nonché di alcune funzioni percettive e cognitive, c'è anche lo sviluppo di abilità compensative. Coerentemente, la sua attenzione si è spostata verso le strategie adattative personali, frutto del corredo genetico ma anche delle esperienze di vita, delle risorse personali, della capacità di mantenere attive le relazioni, le curiosità, e la creatività (tema a lui particolarmente caro). Il concetto di *eterocronia* è stato da lui utilizzato per indicare come l'invecchiamento, oltre a non essere uniforme per tutte le persone, procede in modo diverso e imprevedibile anche tra i vari apparati, organi, tessuti nonché tra le funzioni cognitive del soggetto.

L'invecchiamento, dunque, costituisce un'occasione per apprezzare le traiettorie assolutamente individuali e soggettive dell'adattamento biologico e psicologico. Ciò che vale per l'invecchiamento, vale, ovviamente, per qualunque momento della vita. L'irriducibile variabilità individuale e soggettiva è una proprietà della vita e non può non essere un punto focale per chi si occupa dell'uomo.

Una storia del rapporto medico-malato

Proprio il richiamo all'individualità ha reso, negli ultimi lustri, sempre più forte la richiesta di prestare attenzione al malato in quanto "persona", quasi come reazione a ciò che appare come la scomparsa, dal campo medico, dell'interesse nei confronti del soggetto. Ed è proprio in funzione del recupero o della presenza a volte difficoltosa della soggettività, che spesso gli operatori sanitari si rivolgono agli psicologi.

Ma perché, come ci domandavamo più sopra, nei processi relazionali inerenti alla pratica sanitaria, gli psicologi sarebbero più competenti degli operatori sanitari stessi?

La medicina, ovviamente, non manca di una specifica competenza nell'organizzare la relazione con l'utente *iuxta propria principia*. Principi che potremmo riferire a due radici differenti: una di natura antropologica e una legata allo sviluppo del sapere.

La cura, in quanto risposta a una domanda di aiuto, costituisce un modello antropologico prototipico sul quale si fondano tutte quelle pratiche assimilabili per scopo alla clinica medica moderna occidentale.

Ma lo sviluppo del sapere e della tecnica della medicina in occidente ha introdotto una forma precisa della struttura della relazione, collocando in posizioni specifiche i tre attori della clinica: malato, malattia, medico.

Qual è la posizione del malato? Fino a una buona parte del XIX secolo, il malato era presente in modo significativo nel campo della medicina non solo in quanto sofferente di una malattia, ma proprio come fonte di informazioni e come valutatore della propria condizione. Nel corso del secolo, però, si è assistito a ciò che può essere descritto come il tramonto dell'interesse per la soggettività del malato, un processo parallelo ma in direzione opposta alla progressiva scientificizzazione della medicina. Georges Canguilhem (1988) individua tre tappe in questa direzione.

Una prima tappa è stata ciò che G. Canguilhem chiama "artificialismo" cioè la capacità della medicina di sostituire la testimonianza del malato sul proprio stato con indici oggettivi (segni, indagini strumentali, dati di laboratorio, ecc.). Ciò che il malato può sentire soggettivamente diventa un elemento sempre più marginale ai fini diagnostici e terapeutici. Il medico ha infatti strumenti sempre più precisi e più ricchi di informazioni sulla reale condizione di salute del malato, a prescindere da ciò che il soggetto vive.

Una seconda tappa è stata la matematizzazione dei dati dell'osservazione clinica allo scopo di sostituire un indice oggettivo alle stime personali del medico. Ogni malato diventa un caso all'interno di serie che forniscono delle rappresentazioni precise degli andamenti delle malattie nonché degli effetti delle terapie.

Infine, una terza tappa è stata la scoperta del ruolo dei batteri e dei virus nelle malattie e nelle epidemie per cui la medicina, per via dell'igiene pubblica, entra nel campo delle scienze sociali ed economiche. Il punto centrale diventa allora la difesa della salute: le vaccinazioni obbligatorie, il controllo dell'ambiente, la prevenzione nelle sue diverse forme, sono tutte attività che prescindono dai bisogni individuali soggettivi. Nel contempo, la scientificizzazione della medicina implica anche la standardizzazione delle procedure di intervento.

Il disinteresse per la soggettività del malato appare, dunque, in questa prospettiva storica, un prodotto inevitabile dello straordinario sviluppo delle capacità diagnostiche, terapeutiche e preventive della medicina⁵. Tutto sommato, la presenza della soggettività del malato, per il medico, non ha alcun valore ai fini diagnostici e di prescrizione della terapia.

⁵ Non prenderò qui in considerazione il ruolo dei meccanismi di difesa del personale sanitario che rendono ragione, da un altro punto di vista, di ciò che appare come un processo di personalizzazione del malato (Menziès, 1970, Guerra, 2006).

La formulazione di leggi generali e di procedure standardizzate incontra, tuttavia, il problema della individualità di ogni caso clinico. Questo problema è tipico della medicina fin dalle sue origini ippocratiche ed è oggi fortemente validato dalla genetica, dall'immunologia, dalle neuroscienze, solo per citare i contributi più conosciuti, che hanno ampiamente dimostrato l'irriducibile singolarità individuale. Tuttavia, se si accettasse che "non ci sono malattie ma solo malati", ci si troverebbe di fronte alla difficoltà di poter definire la medicina clinica una scienza, poiché vi è scienza solo del generale e del correlativo e non del particolare. Siamo in presenza di quella oscillazione tra scienza nomotetica e scienza idiografica, alla quale si è accennato prima.

L'individualità biologica e clinica, allora, è forse la via che permette l'introduzione o il recupero della soggettività?

Non proprio. Dobbiamo distinguere, infatti, l'*individualità* del caso clinico dalla *soggettività* del malato, che va intesa come insieme di valori, di scelte, di preferenze quale prodotto unico e irripetibile dell'esperienza personale: l'individualità biologica non è la soggettività psicologica, così come l'abbiamo definita. C'è, dunque, da compiere un passo ulteriore per affrontare la questione del valore aggiunto che si otterrebbe introducendo la soggettività nel campo clinico medico.

Il valore della soggettività per la clinica medica

Certamente, la necessità di considerare la soggettività è ben presente nel dibattito all'interno della medicina sia per ragioni etiche e deontologiche sia per il tentativo di ridurre la conflittualità con gli utenti, sia anche per la consapevolezza di quanto il rispetto dei programmi terapeutici dipenda proprio dal paziente. Non a caso, in quest'ambito non si usa quasi più il termine *compliance*, ma il termine *adesione*, ad indicare il ruolo attivo richiesto al malato nel seguire il percorso di cura.

Basterà citare solo tre esempi per dare un'idea della vivacità, dell'interesse e della appropriatezza di questo dibattito. Hood L. e Flores M. (2012) invitano a quella che è stata definita la medicina delle 4 P: una medicina predittiva, preventiva, personalizzata e partecipativa. Quill e Holloway (2012) propongono di accostare all'orientamento *evidence-based* un orientamento *preference-based*, bilanciando la messa a fuoco del problema clinico con l'introduzione corretta e appropriata del paziente al problema; la ricerca dell'evidenza con i valori, le preferenze, gli obiettivi del malato; la valutazione della strategia d'intervento con le strategie emozionali e di vita del paziente; la presa di decisioni cliniche con la ricerca del consenso; la valutazione della prestazione con la garanzia della continuità. Ancora più decisa nel richiamare l'importanza della soggettività è Rita Charon (2006) che, introducendo la medicina narrativa, aggiunge anche

una motivazione clinica, valorizzando l'importanza, ai fini della cura, non solo del racconto che il paziente fa della sua malattia e della sua storia ma anche delle reazioni dei medici e del personale sanitario. Qui anche la soggettività del curante appare una risorsa importante.

È piuttosto difficile valutare se queste sollecitazioni abbiano prodotto gli auspicati effetti sulla pratica corrente. Tuttavia, è legittimo sollevare il dubbio che siano sufficienti per occuparsi della soggettività del malato per due ragioni. La prima è che comunque non risulta abbastanza chiaro il valore in più che la soggettività porterebbe alla clinica. La seconda è che non basta l'interesse e l'attenzione per la soggettività per coglierne e utilizzarne gli elementi. Si profila qui un problema tecnico sul quale è opportuno soffermarsi.

Il problema della tecnica della relazione

La buona volontà e la disponibilità personali del medico non sono di per sé sufficienti perché i problemi in questione sono problemi di natura tecnica, intendendo di tecnica della relazione. La tecnica è ovviamente funzionale al raggiungimento dello scopo e va collocata all'interno di un contesto coerente di osservazione e di intervento, ovvero all'interno di un setting.

Come si struttura e come viene utilizzata la relazione all'interno di un setting di lavoro?

Il setting medico e il setting psicologico clinico sono piuttosto differenti se esplorati sulla base di tre categorie: consapevolezza di un problema, titolarità del problema, uso della relazione ai fini diagnostici e terapeutici (Guerra, 2004).

Nel modello medico, l'utente può essere consapevole di un problema ma anche scoprirlo inaspettatamente; la titolarità del problema appartiene al medico nel senso che questi prescrive al malato non solo la terapia ma anche il regime di vita che deve tenere; tale titolarità è naturalmente reversibile e cessa con la fine della malattia; infine, la relazione con il paziente *ai fini diagnostici e terapeutici* non ha particolare significato. In modo più esplicito: i processi di conoscenza (diagnosi) e di intervento (terapia) non coinvolgono minimamente la relazione in quanto tale. Una buona relazione tra il paziente e il medico può essere d'aiuto o persino indispensabile ai fini dell'adesione del paziente al percorso di cura – come dicevamo più sopra – ma, di per sé, non vi è alcunché nella relazione che possa aiutare il medico a formulare la diagnosi e a prescrivere la terapia.

Nel modello psicologico⁶, è richiesta nell'utente una qualche consapevolezza del problema per il quale chiede aiuto – per quanto la consapevolezza possa essere confusa e l'attribuzione del problema possa essere collocato fuori da sé (nei figli, nel partner, ecc.); la titolarità rimane sempre dell'utente, nel senso che sono sempre sue le scelte di vita; la relazione psicologo/utente è il luogo della conoscenza e lo strumento dell'intervento. Nel modello psicologico, i modi dell'utente di mettersi in relazione, di formulare una richiesta, di portare certi contenuti, di avanzare certe aspettative ecc. diventano proprio l'oggetto della conoscenza e dell'intervento. L'esplorazione di queste modalità nel qui e ora della relazione è parte sostanziale del processo diagnostico (conoscitivo) e del potenziale effetto terapeutico (cambiamento).

Poste le cose in questi termini, verrebbe da dire che si tratta di due setting talmente diversi che rilevano cose tanto differenti da sollevare il dubbio sulla possibilità di incontro. Ci preme rimarcare, prima di tutto, che la tecnica medica e la tecnica psicologica della relazione sono di per sé pienamente corrette, non hanno delle mancanze strutturali. Sono radicalmente diverse, ma non sono in alcun modo competitive in quanto rispondono a bisogni e a domande differenti. Allora che cosa può offrire la consulenza psicologica alla relazione medico/paziente?

Qui è opportuno spostare lo sguardo dalla medicina alla psicologia. Quale contributo può offrire la psicologia all'introduzione della soggettività senza venir meno ai propri principi metodologici, ma rispettando, al contempo, il contesto della visita medica? Psicologizzare la domanda di aiuto fatta al medico sarebbe certamente fuorviante e confondente ma non c'è dubbio che vi sono, nella domanda, molte più cose di quante non ne selezioni il setting medico. Il paziente, in effetti, può non solo rispondere alle domande del medico, ma anche esprimere qualcosa del suo vissuto della malattia, di come essa si inserisca nella sua vita, quali effetti produca, quali siano i suoi timori, le sue speranze, ecc.

Proprio per sviluppare questa possibilità, negli ultimi anni, sono nate molte occasioni – anche piuttosto originali – in cui medico e psicologo lavorano insieme. Si pensi all'inserimento dello psicologo nelle cure primarie, negli ambulatori del medico di base (Solano, 2011, 2014), nelle cosiddette visite congiunte in ospedale e nei servizi (Zorrilla Ruiz, 2019).

La medicina narrativa, sopra ricordata, insiste su quanto sia importante e interessante, per indirizzare la cura, consentire al paziente di esprimersi nel modo più ampio possibile. Le tecniche della comunicazione offrono

⁶ È senz'altro non corretto assimilare in un unico modello tutte le psicologie cliniche. Qui il riferimento è a quelle teorie della tecnica che pongono la relazione terapeuta/paziente al centro del lavoro diagnostico e terapeutico.

utili strumenti per favorire l'apertura alla parola del paziente (Moja e Vegni, 2000; Cipolli e Moja, 2015). Naturalmente, le tecniche non sono prontuari che guiderebbero la relazione in modo meccanico. Al contrario, vanno collocate nel contesto di un ripensamento della posizione del medico e del suo interloquire con il paziente, aprendo alle potenzialità di una comunicazione più ricca e interessante.

Peraltro, proprio la possibilità o la sollecitazione offerta al paziente di esprimere le sue questioni e domande solleva un ulteriore problema. Introducendo la soggettività del paziente (pensieri, sensazioni, emozioni, timori, speranze, ipotesi, fantasie, ricordi ... enunciati direttamente o in modo implicito) si pone, infatti, l'interrogativo al medico su cosa fare di un materiale narrativo che, rispetto alle finalità diagnostiche, spesso appare divagante o esorbitante o persino oscuro. Un materiale che può lasciare interdetti o imbarazzati. Quale vantaggio, dunque, per la clinica? E, ancora, si possono accogliere le parole del paziente senza farsi portare fuori dal setting medico? Cioè senza assumere in modo più o meno immaginario altre posizioni: da psicologo o da consigliere di vita. Insomma, come il medico può utilizzare la narrazione rispettando la motivazione dell'incontro, mantenendo la posizione professionale, arricchendo la clinica?

Un'ipotesi di lavoro che avanziamo in questa direzione (Guerra, 2010, Zorrilla Ruiz, 2019) è di leggere/interpretare tutto ciò che è detto dal paziente come riferito a ciò che chiameremo "organizzatori" del discorso del paziente: il significato e il valore che egli dà alla malattia e le aspettative nei confronti dei curanti⁷. Stiamo parlando, cioè, di come il soggetto esprime il senso del suo adattamento alla malattia e alla cura.

Questa ipotesi si fonda sul fatto che lo scambio medico/paziente avviene all'interno del setting medico che, in quanto luogo di incontro tra un bisogno di salute e un'offerta di aiuto, fornisce la cornice precisa entro la quale collocare e interpretare tutto ciò che vi accade. È quello che potremmo chiamare il "metalivello inviolato" (Ceruti, 1986) sul quale si appoggia il medico per leggere ciò che entra in questo campo di osservazione. In questo setting deve restare sia il medico sia, nell'ambito di una collaborazione, lo psicologo.

Un solo piccolissimo esempio. Una signora, entrando nello studio della ginecologa per una visita di routine in gravidanza, si lamenta con la dottoressa: "Mio marito non mi accompagna mai in queste visite". Un'affermazione che di per sé non richiede alcuna replica da parte della dottoressa se non, forse, un qualche segnale di complicità. Ma se leggiamo questa frase alla luce dei due organizzatori che proponevamo, potremmo trovarvi

⁷Questa ipotesi è mutuata direttamente dal concetto freudiano di rappresentazione finalizzata (Freud, 1899; Loch, 1970).

un'ansietà nei confronti della gravidanza (che ovviamente non è una malattia ma che comunque richiede una consulenza medica) e l'aspettativa di essere sostenuta, accompagnata nell'affrontare il percorso: il marito delude questa aspettativa, la dottoressa riuscirà invece a starle vicino e a contenere la sua ansietà?

Questo piccolo esempio vuole solo suggerire come si possano ricercare, anche nei dettagli, degli indizi intorno al vissuto della malattia e alle aspettative sulla relazione con il curante. Nello stesso tempo, il medico resta pienamente nel suo ruolo, ampliando la sua osservazione clinica alle questioni adattative del paziente.

Proponendo il vissuto della malattia e le aspettative nei confronti dei curanti come organizzatori che guidano la lettura del discorso del paziente, si opera una potente riduzione rispetto a tutto ciò che si potrebbe ricercare nella sua parola. Ma proprio il ricondurre la narrazione del paziente a questi due organizzatori permette di interessarsi della soggettività del paziente, rimanendo all'interno del setting medico. Non si tratta, dunque, di psicologizzare la visita medica o di cercarvi chissà quali trame psicologiche, né il medico si mette a fare lo psicologo o lo psicologo forza impropriamente un cambiamento di setting. Si tratta, invece, di individuare le strategie adattative del paziente e la posizione di aiuto richiesta al medico. In questa prospettiva, possono rientrare coerentemente nella clinica anche temi quali l'autonomia decisionale del paziente, l'adesione alla cura, il consenso informato spesso sentiti dai medici come elementi rispettati ma sostanzialmente "aggiunti", non inerenti alla clinica. Nel tentativo di comprendere la logica adattativa del paziente, invece, anche questi temi assumono una precisa rilevanza clinica.

Conclusione

Nello spirito che aveva animato la stagione del Collegio dei Docenti di Psicologia nelle Facoltà di Medicina e Chirurgia e che si era espresso nel numero di "Ricerche di Psicologia" ricordato in apertura, si è cercato di rivisitare il rapporto tra medicina e psicologia proponendo l'adattamento come luogo di incontro che, pur nella differenza degli oggetti trattati, permette la condivisione di osservazioni e di interventi.

Dal vertice dell'adattamento, medicina e psicologia possono avere uno scambio reciprocamente arricchente. La medicina, senza rinunciare ai propri modi di sviluppo, può utilizzare strumenti provenienti da altri saperi e da altre tecniche – come peraltro suole fare – per rendere la clinica sempre più appropriata proprio perché più personalizzata. La psicologia, d'altra parte, può mettere alla prova la sua capacità di offrire un servizio alla professionalità medica senza competizione né sostituzione.

Riferimenti bibliografici

- Cesa-Bianchi, M., Bosio, A. (1996-7). Contributi per la Medicina. *Ricerche di Psicologia*, 18(4) 19(1).
- Canguilhem, G. (1958). Qu'est-ce que la psychologie? Canguilhem G. *Études d'histoires et de philosophie des sciences*. Paris: Vrin.
- Canguilhem, G. (1985). Le statut épistémologique de la médecine. In Canguilhem G. (2002) *Études d'histoire et de philosophie des sciences concernant les vivants et la vie*. Paris: Vrin.
- Ceruti, M. (1986). *Il vincolo e la possibilità*. Milano: Feltrinelli.
- Charon, R. (2006). *Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness*. New York: Oxford University Press.
- Cipolli, C. & Moja, E.A. (2015). Le comunicazioni difficili in medicina: come apprendere (e formare) specifiche abilità comunicative?. *Ricerche di Psicologia*, 38(3): 487-498.
- Freud, S. (1899). L'interpretazione dei sogni. *Opere di Sigmund Freud*. Torino: Boringhieri (1966).
- Guerra, G. (2001). Che cos'è la psicologia? Commento a un saggio di Georges Canguilhem. *Teorie & Modelli*, VI(3) 5- 25.
- Guerra, G. (2003). Autonomy and Constructivism. *European Journal of School Psychology*, 1(1), 97-118.
- Guerra, G. (2004). Qu'est-ce qu'est un fait clinique?. *Psychologie clinique, Nouvelle série*, 17, 29-44.
- Guerra, G. (2006). Meccanismi difensivi istituzionali. In Giordano M. (Ed.), *Burnout- Seminario gruppoanalitico nazionale*. Milano: FrancoAngeli.
- Guerra, G. (2010). La place de la subjectivité dans le champ de la médecine. *Cliniques méditerranéennes*, 82, 73-85.
- Guerra, G. (2017). Autonomy: A Concept at the Crossroads of Medicine and Psychology. In Freda, M. F. & De Luca Picione, R. (Eds.), *Healthcare and Culture: Subjectivity in Medical Contexts*. Charlotte, NC: IAP-Information Age Publishing, Inc.
- Hood, L. & Flores, M. (2012). A personal view on systems medicine and the emergence of proactive P4 medicine: predictive, preventive, personalized and participatory. *New Biotechnology*, 29(6): 613-624.
- Loch, W. (1970). *Premesse e meccanismi del processo psicoanalitico*. Torino: Boringhieri.
- Menzies, I. E. P. (1970). *The functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety*. London: The Tavistock Institute of Human Relations.
- Moja, E.A. & Vegni, E. (2000). *La visita medica centrata sul paziente*. Milano: Cortina.
- Porro, A. (2012). De senectute: stereotipi e realtà nei secoli. *Ricerche di Psicologia*, 2-3, 183-193.
- Quill, T. E. & Holloway, R. G. (2012). Evidence, Preferences, Recommendations- Finding the Right Balance in Patient Care. *New England Journal of Medicine*, 366(3), 1653-1655.

- Solano L. (Ed.) (2011). *Dal Sintomo alla Persona: Medico e Psicologo insieme per l'assistenza di base*. Milano: FrancoAngeli.
- Solano, L. (2014). Through symptoms to subjects: the family physician and the psychologist together in primary care. In Emde, R. N., Leutzinger-Bohleber, M. (Eds), *Early parenting and prevention of disorder: Psychoanalytic Research at Interdisciplinary Frontiers*. London: Karnac.
- Zorrilla Ruiz, C. (2019). *Dall'esperienza all'apprendimento: transizioni nella costruzione di un pensiero sull'intervento psicologico in un reparto di Diabetologia e Malattie Metaboliche*. Tesi di Specializzazione in Psicologia della Salute, Università La Sapienza, Roma.