

Giovanni Guerra  
Cattedra di Psicologia generale  
Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche  
Università di Firenze

Tomassoni Monica, Solano Luigi  
“Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi”  
Franco Angeli editore, Milano, 2003.

Questo libro parla di un'esperienza di incontro tra medicina e psicologia molto originale e del tutto inusuale.

Ma prima di accennare alle peculiarità di questa esperienza può essere utile una sorta di premessa.

Che medicina e psicologia si debbano incontrare appare, per certi aspetti, inevitabile. Il medico non può incontrare chi si rivolge a lui senza incontrare un universo di aspettative, di paure e preoccupazioni, di pensieri e di emozioni – l'universo della soggettività al quale possiamo attribuire l'ampio qualificativo di “psicologico”-di cui spesso lo stesso paziente non è nemmeno consapevole.

Se è inevitabile, l'incontro però non è sempre conviviale. Il medico non sempre può accogliere l'universo della soggettività. Le ragioni di tale difficoltà sono molteplici e vale la pena di soffermarsi su almeno tre di esse: una ragione storico-epistemica, una difensiva e una tecnica.

La *ragione storico-epistemica* si rintraccia nelle caratteristiche della evoluzione del sapere medico. C'è una oscillazione che ha sempre attraversato il sapere medico (almeno quello occidentale) ed è quella tra una componente antropologica ed una tecnologica. Lo straordinario sviluppo della seconda ha comportato un inevitabile declino della prima. Il soggetto e la soggettività sono scomparse quasi del tutto dalla scena medica.

Prima di qualunque critica va compreso il senso di questa scomparsa che non è casuale né frutto di una qualche volontà cinica ma è intimamente legato alla evoluzione teorica e soprattutto tecnica della medicina. Basterà citare, in questo senso, lo sviluppo di ciò che Canguilhem ha chiamato l'*artificialismo* in medicina. L'espulsione della soggettività del paziente incomincia agli inizi dell'800 con l'affermarsi della semeiotica fisica (percussione, palpazione, auscultazione) e lo sviluppo dei primi strumenti di indagine. Fino ad allora la parola del malato era non solo suggerimento ma anche guida al lavoro diagnostico e misura del successo terapeutico. Oggi il ricorso alla parola del malato ha solo una eventuale funzione di primo indirizzo: da essa il medico non si aspetta nulla di particolarmente significativo ai fini diagnostici e tanto meno a fini terapeutici. Da questo punto di vista, la presenza di una componente soggettiva appare senz'altro irrilevante se non fonte di confusione.

La *ragione difensiva* deriva dalla difficoltà di incontrare le emozioni che accompagnano inevitabilmente l'esperienza di malattia e che possono mettere in difficoltà tutti gli operatori sanitari. L'incontro con la malattia, la morte, l'angoscia dei pazienti e dei loro parenti non può non suscitare forti emozioni nel personale curante. Emozioni che potrebbero interferire con i processi cognitivi e decisionali e che devono essere contenute. Le stesse strutture sanitarie sembrano mettere a disposizione delle modalità difensive che vengono interiorizzate dagli operatori attraverso i processi di formazione e di socializzazione al lavoro. Anche qui dobbiamo sottolineare il ruolo indispensabile svolto dalle difese. Certo si può discutere sul tipo di difese utilizzate e notare come le più comuni tendano ad essere anche piuttosto primitive, mancando in definitiva il loro scopo. Infatti contengono sì l'ansietà ma ad un livello così poco elaborato che spesso finisce per interferire con i processi di pensiero: il che è proprio il contrario della funzione che possiamo riconoscere comunque necessaria.

La *ragione tecnica* è forse più implicita, meno discussa, forse nemmeno consapevole ma è – a mio avviso – una buona ragione per comprendere la difficoltà del medico nell'accogliere le dimensioni psicologiche. Tale ragione consiste nel fatto che l'osservazione medica (come peraltro ogni tipo di osservazione) è altamente selettiva: ricerca e prende in considerazione solo gli elementi pertinenti per i due scopi fondamentali che sono la diagnosi e la terapia. È una questione di *setting*, questione che gli psicologi conoscono bene. La definizione del setting permette una specifica e precisa lettura dei fenomeni che compaiono nel campo di osservazione ed esclude, nello stesso tempo, la presa in carico di un'ampia gamma di fenomeni ritenuti non comprensibili e/o non trattabili all'interno di quel setting. Non ci può essere attività conoscitiva rigorosa che non definisca le proprie condizioni di osservazione. In medicina, il perseguimento degli scopi diagnostici e terapeutici è altamente proceduralizzato e lo sarà sempre di più, come è attestato dallo sviluppo della Medicina Basata sulla Evidenza (*Evidence Based Medicine*). Come, dunque, poter accogliere elementi che non sembrano avere molto a che fare con i precisi obiettivi diagnostici e terapeutici? Elementi magari anche visibili ma non per questo facilmente utilizzabili, almeno rimanendo dentro il setting medico.

Vi sono, dunque, molteplici ragioni che permettono di comprendere l'eclissi o quanto meno l'appannamento della componente soggettiva del malato (ma anche del medico) dal campo del rapporto clinico. Alcune sembrano irresistibilmente legate allo sviluppo del sapere e della tecnologia. Altre – come le ragioni legate ai meccanismi di difesa – potrebbero essere oggetto di un lavoro per acquisire una forma meno primitiva. In ogni caso, non siamo di fronte ad una dimenticanza casuale, ad una distrazione rimediabile con un po' più di attenzione e di tolleranza. Ed essendo ragioni "positive" vanno trattate riconoscendone il senso e il valore, per quanto parziale esso sia.

Riconosciute certe ragioni, si devono però riconoscere anche i limiti che derivano dall'ignorare il gioco delle soggettività nella relazione clinica.

Uno dei limiti più evidente compare in quella "zona d'ombra" data dalle cosiddette malattie funzionali e psicosomatiche. Alle spalle di questa difficoltà c'è la più ampia tematica del rapporto mente/soma. Tematica quanto mai affascinante e difficile intorno alla quale si esercitano filosofi e scienziati e che interessa inevitabilmente anche la clinica. È da qui, infatti, che prende origine il complesso universo dei disturbi funzionali e della cosiddetta psicosomatica. Area controversa e difficile intorno alla quale il libro di Tomassoni e Solano propone una efficace rassegna che consente di ripercorrerne le tappe più significative. E questo è senz'altro un contributo non minore del libro anche se non ne costituisce l'aspetto più originale del quale diremo fra breve.

Rimanendo per un momento ancora su questo tema, si può aggiungere che l'esplorazione di questa "zona d'ombra" spesso si colloca nel solco della ricerca eziologica classica: individuazione delle cause per poter definire l'intervento terapeutico mirato correttamente. Saremmo qui in presenza di un terreno di incontro tra psicologia e medicina piuttosto sintonico: pur in modo difficile e controverso, medici e psicologi penserebbero alla patologia in linguaggi sintatticamente analoghi.

Naturalmente la speranza di trovare cause dirette e lineari è destinata a indebolirsi di molto se non proprio a infrangersi di fronte alla constatazione che i sistemi psicobiologici sono sistemi complessi. Con il termine "complessità" non alludiamo solo alla difficoltà di rintracciare i sottili collegamenti tra sistemi somatici diversi (endocrino, immunologico, nervoso, psicologico ecc.) ma a quella caratteristica dei sistemi complessi data dalla imprevedibilità della evoluzione.

La ricerca di causalità dirette e lineari può portare a esiti discutibili se non proprio fuorvianti – ne è un esempio la troppo semplicistica posizione che Alexander ad un certo punto assume a proposito delle classiche malattie psicosomatiche.

Tuttavia l'alessitima, il pensiero operatorio e soprattutto il modello della regolazione biologica, che è un modello di riferimento per Solano e Tomassoni, costituiscono dei modelli sufficientemente ampi, insaturi e rispettosi della complessità per non appiattirsi in una caricatura del modello eziopatogenetico proprio della medicina.

Altri due limiti forse meno evidenti ma rilevanti risultano dal trascurare la soggettività nella relazione medico/paziente.

Un limite è legato alla negazione delle potenzialità dell'universo emozionale. Le emozioni sono abitualmente percepite come componenti piuttosto perturbanti, irrazionali, da tenere sotto controllo. Nella prospettiva psicosomatica di cui ora dicevamo, la difficoltà di "gestire" le emozioni si configura come una *causa* di disturbi. In un certo senso, questa visione conferma lo stereotipo dell'universo emozionale come universo della problematicità. Si può rovesciare la prospettiva? Le emozioni possono costituire una *risorsa* anche nel campo delle "comuni" malattie? È una domanda aperta in attesa di risposte.

Un altro limite, infine, appare in ciò che potremmo chiamare la perdita di un'occasione per il paziente. L'occasione di rendere il tempo della malattia il tempo di un'esperienza di vita: la malattia non è solo deficit, assenza, mancanza; non è soltanto una evenienza praticamente inevitabile della vita, da superare rapidamente e senza sequele. In modo più appropriato, la malattia può essere letta come un momento di quel incessante processo di adattamento che è la vita stessa: in questo senso, è una occasione per esplorare e conoscere le proprie modalità adattative. In questa prospettiva, il medico può assumere quel ruolo di "pedagogo" che gli attribuiva Kurt Goldstein, un ruolo che non rinuncia ad alcuna delle risorse della medicina. Fare il "pedagogo" non è un ruolo "altro" per il medico anzi si colloca in modo preciso e coerente in quel contesto darwiniano che costituisce la cornice di riferimento della biologia e della medicina moderne. Se la vita è continuo adattamento, il compito del curante è di aiutare una persona ad essere "aderente" alla sua evoluzione, precisando i vincoli ed esplorando le potenzialità.

È dunque in questo complesso contesto della relazione medico/malato che prende posto il dialogo tra medicina e psicologia di cui la proposta di Luigi Solano e Monica Tomassoni -con i preziosi contributi di Daniela de Bernardinis e di Umberta Telfner- costituisce una versione originale, creativa e piena di speranza.

Cercando una formula, potremmo dire che è la proposta di "costruire la malattia" attraverso l'interazione tra malato, medico e psicologo. La malattia si presenta non come dato da svelare ma come il risultato di una costruzione in cui intervengono la soggettività del paziente, la competenza "oggettivante" del medico, l'ascolto dello psicologo.

Come si arriva a questa proposta che configura una nuova e inaspettata relazione tra medico, psicologo e, attore quasi a sorpresa, malato? Certamente artefice del tentativo è la psicologia. Più precisamente, nella pionieristica esperienza riportata in questo libro, si tratta della *psicologia della salute*, cioè di quella psicologia che da alcuni anni va pensando spazi nuovi per l'intervento psicologico.

Ma "costruire la malattia" non è un progetto comune né facilmente assimilabile. Mette in discussione le categorie abituali non solo di definizione della malattia ma anche delle funzioni del medico e dello psicologo e dei loro rapporti. Impegna, inoltre, in un lavoro di confronto e di elaborazione tra i professionisti e con il malato, i cui esiti non sono scontati. Il sostegno della supervisione appare non solo indispensabile in questa situazione così pionieristica ma indica un metodo di lavoro da perseguire sempre. La costruzione della malattia non potrà mai diventare una procedura alla quale affidarsi senza la fatica (e il piacere) di pensare ogni nuova situazione.

In questo senso, si leggano i molti casi riportati in "*Una base sicura*". Non per tutti si può dire che ci sia un *happy end* (qualunque cosa ciò voglia dire). Ma tutti i casi ci fanno sentire di avere davanti delle persone vive: e questo va preso come un indicatore preciso del valore della proposta.

Si deve riconoscere che si tratta di una proposta coraggiosa in quanto, come dicevamo, va contro ogni tradizione di partizione di campi professionali, di separazione dei ruoli, di diritto alla parola. E parlando di coraggio va sottolineato sia quello degli autori sia quello dei medici che hanno accettato di lanciarsi in un'impresa che, in questa forma, non ha precedenti.

È anche una proposta difficile da diversi punti di vista. Prima di tutto perché va contro tutte le rappresentazioni ricevute e accettate sia della relazione medico/malato sia del possibile ruolo complementare della psicologia. Ma difficile, in particolare, da un punto di vista tecnico: i modelli di intervento consueti, conosciuti e validati non hanno qui la possibilità di un'applicazione immediata, devono essere rivisitati, reinterpretati, riscoperti. Si pensi, ad esempio, al modello della ricerca-intervento che avanza l'ipotesi di un intervento in contesti che, pur non ponendo alcuna domanda diretta allo psicologo, lasciano intravedere, ad un osservatore attento, bisogni e difficoltà, una implicita richiesta di aiuto. Chi si assume la responsabilità di dare voce a questi bisogni? E in quale modo? Sono domande che sollecitano alla ricerca, alla creatività e però anche al rigore.

È, infine, quella di "*Una base più sicura*", una proposta piena di speranza per la pratica medica e per la psicologia. Per una medicina più ricca e rispettosa della complessità del suo oggetto di lavoro; per una psicologia non presuntuosa né rivendicativa, disposta a mettersi al servizio delle professioni e dei contesti lavorativi che implicano comunque una dimensione psicologica pur senza essere *tout court* psicologici. Anche il lanciarsi in "sensate esperienze", in modo meditato e riflettuto, come è il caso di queste esperienze- è un'attitudine non solo coraggiosa ma appunto carica di speranza. Chiusi nelle impasse epistemologiche del rapporto psiche/soma o nella presunta ortodossia delle teorie e delle tecniche si rischia, infatti, l'inaridimento, si rischia di non riuscire a seguire i movimenti e le esigenze della vita. La ricerca nelle scienze del vivente, invece, deve muovere dai bisogni stessi della vita e del vivente.

D'altra parte, la proposta non potrebbe non essere così piena di speranza: il lavoro medico e il lavoro psicologico sono ben consapevoli della precarietà della vita, delle sue realizzazioni e delle sue riuscite, sanno della scacco finale ma, come diceva Georges Canguilhem, sanno dire sì alla speranza anche di un giorno. Una base sicura, dunque, per un lavoro carico di speranza.