

# Diventare medico oggi

Autor(en): **Luban-Plozza, Boris**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Quaderni grigionitaliani**

Band (Jahr): **64 (1995)**

Heft 2

PDF erstellt am: **22.05.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-49658>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

## Diventare medico oggi

*Nella medicina del duemila c'è la tendenza di abbandonare il concetto di medicina settoriale, centrata sulla malattia, per orientarsi verso il concetto di medicina globale centrata sul paziente, come lo preconizzava M. Balint già al Colloquio internazionale di Grono del 1962. In questo campo si prospetta così una nuova dimensione che potrebbe essere chiamata transdisciplinare, in cui il medico deve essere in grado di meglio conoscere la psiche e la vera causa dei disturbi funzionali in una visione insieme sintetica e analitica del paziente. Ma non è tutto: egli deve disporre anche di uno spirito aperto all'incontro e alla relazione con pazienti e familiari al fine di potersi proporre non solo come terapeuta ma anche come «medicina».*

Per aiutare davvero il malato, è necessario valutare in modo corretto le sue emozioni, presenti e remote. Dobbiamo cercare la causa psichica e somatica dei disturbi funzionali (cioè senza lesioni anatomiche) e, addirittura, di malattie vere e proprie come l'ulcera peptica, l'ipertensione arteriosa o l'asma bronchiale. E' a tutti noto che alcune emozioni come la paura, l'ira o l'imbarazzo influenzano le funzioni del nostro organismo.

Ogni emozione può comportare una risposta «psicosomatica»: la collera provoca accelerazione dei battiti del cuore e aumento della pressione arteriosa; la disperazione o il sollievo suscitano il sospiro, cioè profonda inspirazione ed espirazione; la tristezza provoca il pianto e la gioia il riso; l'imbarazzo fa arrossire, assumere atteggiamenti corporei innaturali e così via.

Diverso significato hanno invece le modificazioni fisiologiche prodotte dalle emozioni sul sistema nervoso vegetativo, il quale ha il compito di regolare le funzioni degli organi viscerali (polmoni, cuore, vasi sanguigni, stomaco, intestino, ecc.). In condizioni normali, le funzioni interne dell'organismo sono fra loro in armonico equilibrio.

Quando invece dobbiamo affrontare situazioni di emergenza (ad esempio un attacco fisico o psicologico, sia esso reale o da noi vissuto come tale), possiamo reagire o in modo attivo, preparandoci alla lotta o alla fuga, oppure in modo passivo, rinunciando all'azione. Nel primo caso, l'organismo si prepara ad agire con l'aumento dell'attività cardiaca e polmonare e del metabolismo; nel secondo caso si rifugia in se stesso esaltando le funzioni dell'apparato digerente (è a tutti nota la diarrea da paura).

Le variazioni dell'attività fisiologica conseguenti ad emozioni acute sono tuttavia fugaci e scompaiono col venir meno della causa che le ha provocate. La psicoanalisi ha però dimostrato, da tempo, che alterazioni funzionali di origine psichica diventano permanenti quando esistano turbe emotive protratte e quando venga impedita, in qualsiasi modo, la reazione motoria, che «scarica» la tensione emotiva. I disturbi funzionali così originati e divenuti cronici possono infine ledere l'organo interessato causando una malattia ben definita. Come si vede, ogni parte del corpo (apparato digerente, respira-

torio, cardio-vascolare, muscolo-scheletrico, genito-urinario, cutaneo) può diventare sede selettiva di disturbi somatici di origine psichica. Inoltre, molti sintomi e molte malattie sono vere e proprie richieste di aiuto, denunce di conflitto psicologico che non trovano altro mezzo di espressione che il linguaggio del corpo. Il paziente vuole essere assunto dal medico nel ruolo di malato. Tuttavia bisogna riconoscere che si è ancora ad uno stadio elementare di conoscenza sia per quel che riguarda la comprensione dei meccanismi sottostanti a sintomi così disparati e misteriosi, sia per quel che riguarda strumenti e tecniche efficaci per il loro trattamento. Medico generico e specialista si trovano così spesso impotenti di fronte ai pazienti «difficili», e non solo perché mancano loro il tempo e la formazione specifica.

L'inadeguatezza attuale della medicina ad occuparsi, per risolverli, dei disturbi «funzionali» è confermata dalle risposte dei pazienti i quali, delusi e scoraggiati, finiscono per affollare le sale di attesa di guaritori, maghi e sacerdoti, detentori dell'«altra» medicina. Sono i cosiddetti distonici, gli ansiosi, i divoratori di medicine, coloro che paventano tutte le malattie (patofobi), gli scontenti, gli asociali, i disadattati, gli assenteisti del lavoro; ma sono anche, sempre più numerosi, i depressi larvati. Lo stesso significato della scissione tra medicina ufficiale ed «altra» medicina ha il suo riscontro nella scissione, all'interno della medicina ufficiale, fra specialità fisiche e specialità psicologiche. Il paziente oscilla da un settore all'altro ed in ciascuno trova sollievo relativo a una parte della propria persona, mentre l'altra è misconosciuta o addirittura maltrattata.

La sindrome di Münchhausen, è una delle più intricate sindromi psiconevrotiche e chi ne è affetto tende a fornire dati anamnestici drammatici e inverosimili. Ma riferirne qui ci serve per ricordare il ruolo spesso decisivo che ha l'attenzione ai particolari del comportamento e del linguaggio nell'approccio al paziente; in una parola, il ruolo spesso decisivo della psicologia.

Nella sua qualità di primo osservatore e grazie alla natura personale e diretta del suo rapporto con l'assistito, il medico di famiglia – da questo punto di vista – è in una posizione privilegiata, ma porta anche il peso non piccolo di una responsabilità professionale.

E' più facile prendere la temperatura ed iscrivere sulla tabella che misurare l'umore. Eppure ambedue evolvono parallelamente, per quanto in maniera contrastante. Sarebbe sorprendente se l'evoluzione della malattia non lasciasse una impronta nel malato, nel corpo come nello spirito. E' invece naturale vedere i malati «ondeggiare» (così diceva Montaigne) secondo gli avvenimenti che li colpiscono. Non è solamente normale, ma è addirittura indispensabile per adattarsi ad una situazione mutevole. Fissarsi su certezze incrollabili, quando tutto è in movimento intorno e dentro di noi, ha dell'atteggiamento suicida. Avere un morale d'acciaio potrebbe significare vederlo spezzarsi come una lama di Toledo al minimo moto sorprendente.

Ne *La peste*, Camus spiega che l'inferno sta nell'essere catalogati una volta per sempre: solido e pusillanime, ottimista o inquieto, promesso alla guarigione o condannato. Persino i verdetti pronunciati in giustizia possono essere riveduti nel senso dettato dalla misericordia. Se l'immobilità è l'inferno, è perché la vita è appunto fatta di movimento, di cambiamenti, d'incertezze. Nell'arco di tutta una vita, proprio queste dina-

niche permettono di portare a maturità un essere nato immaturo: di farlo uscire da una situazione patologica, persino quando la nostra vita si sta avviando verso la fine.

E' disagiata per un medico, già confrontato con situazioni difficili, quando queste, modificandosi, si complicano ulteriormente. Di fronte al malato, egli è colui che sa, che deve sapere per poter guarire. Ogni nota discordante in questo schema fin troppo semplice potrebbe infrangere la necessaria fiducia. Dunque l'unico cambiamento ammesso dal malato è il ritorno alla salute.

Il malato è come il passeggero su una nave, per il quale il comandante è una guida capace di salvare il bastimento in ogni situazione, non un gallonato che alla leggera promette che il mare sarà bello.

Nella relazione medico-paziente, è bene che l'uno evolva in accordo con l'altro, pur conservando e rafforzando ognuno l'autonomia e l'autenticità. Questo in una società che spesso la frena, quando addirittura non la penalizza.

L'essenza del pensiero di *Michael Balint*, famoso psicanalista scomparso a Londra nel 1970, sta nello spostamento, da lui preconizzato e poi via via rigorosamente sostenuto, dal concetto di medicina centrata sulla malattia al concetto di medicina globale *centrata sul paziente*.

Dietro l'immagine di strutture mediche e sociali traspare una nuova dimensione della medicina che potrebbe essere chiamata *transdisciplinare*. Se non di rivoluzione, si può parlare di evoluzione nel senso bio-psico-sociale. La transdisciplinarietà corrisponde alla capacità di comprendere l'insieme e non solo i singoli fattori, alla possibilità di immaginare una terapeutica su tutti i livelli, tenendo presente che l'intervento deve essere il risultato dei singoli sforzi compiuti con lo stesso obiettivo.

Se il medico deve acquisire una visione insieme sintetica e penetrante (analitica) dell'uomo, da lui è giusto pretendere, oltre che competenza specifica nel campo delle scienze mediche, spirito affinato e ingentilito e mente ornata di «*studia humanitatis*».

*La formazione permanente del medico è un diritto del malato*. Essa deve comportare il riconoscimento del valore dell'esperienza vissuta e la rivalutazione delle diverse funzioni professionali.

Il medico sarà vigile e generoso fino a quando potrà aver fede nella sua missione; allora sentirà il bisogno di prepararsi, aggiornarsi e perfezionarsi di continuo. Ma se questa fede dovesse sparire o essere minacciata da interventi esterni, il medico perderebbe pure la spinta al perfezionamento tecnico per diventare burocrate. A rimetterci sarebbe in primo luogo il paziente. Dare fiducia ai malati fa parte della terapia e la fiducia fa bene anche a quanti vengono a trovarli. Il tono giusto, un gesto amichevole, un sorriso, un po' più di cortesia non costano niente.

Non dire: ci si preoccupi unicamente delle capacità professionali del personale sanitario, poco importa che l'uno o l'altro tenga il broncio o sorrida. Mai dimenticare che si vive tra persone malate. Occorre perciò incoraggiare il personale degli ospedali ad essere più comprensivo, disponibile, gentile e amichevole, così da render più sopportabile tante sofferenze.

Il metodo degli interventi Balint si basa sulla sua prospettiva terapeutica, secondo la quale il medico si pone, nel dialogo con il paziente, non solo come terapeuta, ma anche come medicina. Se accetta il suo coinvolgimento emotivo, al medico non necessita più

delegare al sintomo o al farmaco il rapporto con l'ammalato «funzionale», che in quanto tale costituisce una sfida alla competenza scientifica del terapeuta.

Il metodo, ormai tradizionale, si basa sulla discussione tra colleghi professionisti (attivi nella medicina pratica, nella medicina ospedaliera e nell'insegnamento universitario) che si riuniscono in piccoli gruppi. Animata da un conduttore, si incentra sulle difficoltà che il medico incontra nella sua relazione professionale e personale con il paziente. Questo lavoro di gruppo, dimostratosi efficace anche per operatori impegnati in situazioni «curative» in senso non strettamente tecnico, ha coinvolto il personale socio-educativo e docente oltre che, ben inteso, i medici.

«Modello Ascona» è un metodo di formazione reciproca, di apprendimento e insegnamento non solo per studenti e medici, ma anche per infermieri/e, operatori sociali e religiosi.

Con il «Modello Ascona», ci si prefigge di migliorare le relazioni tra medico e paziente con la formula dell'*apprendimento emotivo*, che ai partecipanti chiede la disponibilità alla riflessione autocritica. Infatti, solo accettando la propria realtà ci si apre alla *percezione approfondita* del paziente mediante il «terzo occhio» e il «terzo orecchio».

## Bibliografia:

- *La famiglia psicosomatica*, con G.P. Magni  
Piccin: Padova, 1981
- *Il medico come medicina*  
Piccin: Padova, 1983
- *Erich Fromm*, con F. Cusimano  
Puleio: Milano 1984
- *Introduzione ai gruppi Balint*, con U. Pozzi  
Piccin: Padova, 1985, 2<sup>a</sup> ed.
- *Come convivere con lo stress*, con U. Pozzi  
Soleverde: Torino, 1993, 3<sup>a</sup> ed. (ristampa)
- *Il terzo orecchio: dalle forme dell'ascolto alla musicoterapia*, con M. Delli Ponti  
Soleverde: Torino, 1991, 3<sup>a</sup> ed.  
(prefazione Sir John Eccles, introduzione Herbert von Karajan)
- *Dinamica dei conflitti familiari*, con D. Ritschl  
Armando: Roma, 1991
- *Il malato psicosomatico e la sua cura*, con W. Pöldinger e F. Kröger  
Astrolabio: Roma, 1992, 4<sup>a</sup> ed.  
(anche in francese, tedesco, spagnolo, portoghese, inglese, russo, polacco, ungherese, giapponese, sloveno)
- *I depressi e i loro familiari*, con R. Osterwalder e T. Carlevaro  
Società Svizzera di Utilità Pubblica: Locarno, 1994