

VITO MAIELLA

CONFLUENZA E CONTRASTO DI VALORI SIMBOLICI NELLE FIGURE DEL MEDICO DI FAMIGLIA E DEL PAZIENTE « ASSISTITO »

Questo studio è il frutto di una osservazione iniziata nel 1975, anno in cui lo scrivente ha cominciato la sua attività professionale come medico della mutua in un paese della provincia di Milano. Penso che abbia qualche interesse specifico il vissuto dell'Autore che nel corso della vita è stato prima paziente, poi medico e, incidentalmente, anche medico malato. Tale posizione gli consente un'analisi più dettagliata del problema e lo pone in una situazione di privilegio per una corretta interpretazione della relazione « medico di famiglia-paziente assistito ».

PREMESSA STORICA

Non è possibile iniziare un discorso sulla relazione medico-malato senza rivederne la storia, seppure brevemente, per sottolineare il ruolo affidato, o assunto in proprio, a ciascuno dei componenti della relazione e al tema di essa, ovvero la malattia.

Erodoto, parlando dei costumi babilonesi, narra che i malati venivano portati in luoghi affollati, come i mercati, dove, avvicinati dai passanti, ricevevano consigli e « ricette » sui rimedi atti a por fine allo stato di malattia. Alcuni per esperienza personale, altri avendoli visti applicare.

Che la malattia fosse opera della maledizione o della collera degli dei, o che fosse determinata dalla presenza nel corpo di forze demoniache, o dall'azione dei viventi, essa veniva affrontata dalla comunità con rituali, esorcismi, incantesimi e rimedi d'erbe o minerali. Ciò che importa sottolineare è che la malattia, comunque intesa, era parte integrante della vita stessa e che le cure erano armonicamente inserite nella cultura popolare.

Più avanti, ai tempi narrati nel Vecchio Testamento e nel Corano, vediamo la religione assumere più spiccatamente una funzione non solo in rapporto alla « moralità », ma anche alla globalità della vita fisica e psichica. Esempi noti sono il divieto di cibarsi di carne di maiale e di carogne, le disposizioni relative alle feci, etc. La fusione del ruolo del sacerdote con quello del medico o dell'igienista — presente in certe fasi di tutte le culture — ci dà la misura dell'identificazione della medicina con la religione e dell'influenza di questa sulla salute dell'uomo visto come singolo individuo e come collettività (primo concetto di medicina sociale e preventiva).

Il sacerdote-medico, depositario del fenomeno magico e dell'esorcismo, rappresentava il tramite fra divinità e popolo e soprattutto la garanzia di una possibile risposta alle aspettative di questo.

L'affermarsi della medicina ippocratica segna il passaggio dalla medicina come religione all'arte di guarire. Pur essendo presenti ancora gli elementi magici e religiosi, l'attenzione viene posta sulla conoscenza del malato e della malattia. Il primo medico della storia si presenta come una figura separata dalla cultura di gruppo: è depositario della scienza medica che gli deriva dalla pratica dell'osservazione; è una figura isolata al fianco del malato per facilitare l'opera guaritrice della natura, limitandosi a pochi rimedi; è sostenitore di un'etica professionale per controllare i rischi connessi a questa relazione e soprattutto per autolimitarsi nell'esercizio di questo potere. Se il sacerdote e lo stregone operavano in un contesto di valori magici comuni al gruppo e perciò anche al malato, il medico ippocratico si pone in una dimensione diversa, essendo depositario di una conoscenza obiettiva, per quanto relativa, dell'arte di guarire (di qui i rischi e il potere), mentre il rapporto del malato con chi guarisce resta ancora all'interno della dimensione magico-religiosa.

Se a Ippocrate dobbiamo riconoscere il merito di avere iniziato a separare la medicina dalla filosofia e dalla religione per renderla un'arte empirica, dobbiamo anche riconoscere che sarà il suo pensiero a creare la frattura fra chi conosce e chi ignora, dando potere a chi conosce su chi ignora.

Il connubio medicina-religione continua e lo ritroviamo ancora nel Medioevo, all'ombra delle chiese e dei conventi, dove il monaco è insieme curatore d'anime e di corpi.

Sarà solo il Rinascimento, con la perdita del carattere sacro del corpo, non più considerato come residenza dello Spirito divino o delle forze demoniache, accompagnata da una crescente professionalizzazione, incompatibile con la condizione religiosa, a portare alla « laicizzazione » della medicina.

RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE

Abbiamo visto delinearci nell'antichità due figure di medico: il medico-sacerdote e il medico empirico. Entrambi gestiscono un potere che per il primo è fittizio, in quanto gli deriva, più che dalla sua arte, dalle capacità attribuitegli dal popolo di mediazione con gli dei — egli si comporta « come se » fosse realmente guaritore: in ciò si ravvisa l'adleriano concetto di finzione —; l'empirico, al contrario, è meno onnipotente, tuttavia il suo potere è in gran parte reale.

Qualunque sia stata l'evoluzione della figura del medico, ciò che importa sottolineare è il primitivo atteggiamento di subordinazione al potere (sovraumano o della scienza) assunto da parte del malato: atteggiamento che non si discosta molto da quello dell'infante bisognoso di cure e attenzioni.

Questo rapporto « padre-figlio », certamente non paritario (anche perché investito massicciamente da ataviche paure), potenzialmente capace di orientarsi verso una coesistenza confortata dal principio del buon « sentimento sociale », oggi appare in crisi, perché sostenuto da scelte di compenso nevrotico e volto verso mete fittizie.

Il deterioramento del rapporto medico-paziente è determinato sia da cause intrinseche ai due componenti, sia da fattori di più ampio respiro sociale, il principale dei quali è l'avvento della medicina mutualistica, prima, e di Stato, ora, avendo quest'ultima privilegiato ed esasperato l'aspetto assistenzialistico del diritto a ricevere, e avendo ulteriormente burocraticizzato la relazione medico-paziente-malattia. Verranno analizzati, perciò, sia sotto l'ottica del medico che del malato, i fattori che hanno indotto tale evoluzione.

Fa ormai parte dei nostri ricordi infantili più remoti la vecchia e patetica figura del medico di famiglia: una presenza paterna e protettiva; in genere un tipo d'uomo burbero e direttivo, ma disponibile a qualsiasi ora del giorno e della notte al capezzale per guarire e confortare l'ammalato. È conosciuto da sempre, avendo egli instaurato un rapporto plurigenerazionale con la famiglia, rapporto molte volte anche amichevole. Dotato di vaste conoscenze specialistiche, segue quotidianamente l'evolvere della malattia e non ricorre al ricovero se non in caso di assoluta necessità, non alimentando così sentimenti di abbandono da parte del paziente e di insufficienza professionale da parte sua.

La sua professione, nata dall'intima alleanza col malato per sconfiggere la malattia, è vissuta come una lotta e questo disagio è ampiamente apprezzato e compensato sotto il profilo umano dal paziente e dai suoi parenti.

Dal suo modo di essere e di agire gli derivano prestigio e potere, ma egli non si arrocca nella posizione di iniziato, bensì si concede, consapevole che nella concessione di sé agli altri li accresce. Tuttavia questa figura, autarchica nella gestione della professione e umana nei confronti del « cliente », ha dovuto cedere il passo ad altre forse meglio configurate sotto il profilo tecnico e scientifico, ma molto meno sotto quello relazionale.

Il passaggio è segnato essenzialmente dalla regolamentazione giuridica delle specializzazioni, dal proliferare di esse e particolarmente delle super-specializzazioni. Se la specializzazione è un atto dovuto alla scienza e anche imposta da questa a causa del vertiginoso aumento delle conquiste e delle conoscenze, alta è la contropartita che deve pagare alla relazione medico-paziente: la frammentazione del rapporto che si risolve in definitiva in una frammentazione del corpo: non più relazione medico-malato, ma cardiologo-cuore, ortopedico-artrosi, oculista-occhio. Lo stato di benessere è individuato solo in quello di singoli organi e non più in quello del corpo nella sua totalità. Se dal punto di vista del paziente può essere gradito che vari medici si occupino di lui, rivelando però una tendenza regressiva infantile, d'altro canto questi (particolarmente i curanti) celano dietro l'alibi del consulto un disegno professionale, se non addirittura ignoranza, derivante dall'incapacità di gestire l'integrazione del benessere dei singoli organi

alimentando con un circolo vizioso sentimenti di inferiorità verso il collega specialista e talvolta verso l'« utente » stesso.

Un altro tipo di rapporto, che da facoltativo è diventato obbligatorio, è: medico-farmaco-malato. Il primo, privo ormai di « fantasia terapeutica », risponde stereotipatamente alle richieste dell'ultimo sempre, e il più delle volte a sproposito, con una prescrizione di medicine, tanto che se casualmente (e raramente) ciò non avviene questo si sente non preso in considerazione e reagisce talvolta cambiando medico, chiudendo a questo punto la spirale delle frustrazioni. La pratica quotidiana registra costantemente episodi di questo tipo che raggiungono poi i toni farseschi quando l'« utente » si preoccupa più delle qualità organolettiche che dell'efficacia del preparato (l'industria farmaceutica è sempre molto sensibile a tal proposito). I due tipi di rapporto fin qui analizzati, pur celando difese di fronte all'invasività delle richieste consumistiche e verso la carente preparazione professionale, non sono tanto aberranti quanto questo: medico-analisi-paziente.

Lo star bene non è più una sensazione soggettiva, bensì obiettiva. L'uomo moderno, così confuso e distratto, ha perso la capacità di ascoltare e scrutare se stesso; non sa di sentirsi bene fino a quando non gli verrà detto che ha molti globuli rossi e che le sue urine sono pulite. Quando, come qualche volta capita, l'analisi è sbagliata, automaticamente si sente malato e le minime alterazioni funzionali diventano spie di gravi malattie che devono, ovviamente, essere curate con farmaci dopo vari consulti specialistici, con il risultato di avere trasformato un sano in un ipocondriaco o addirittura di avere provocato una malattia iatrogena.

Tutti questi rapporti mediati sono finzioni; ogni elemento (medico, paziente, malattia, terapia) è molte volte esso stesso una finzione che genera atti sostitutivi e risposte « à côté ». L'esempio più clamoroso è fornito in tema di « esaurimenti »: il medico riceve un messaggio in codice che non è capace di interpretare e risponde « come se » il disturbo fosse organico e cioè con la prescrizione del famigerato ricostituente che sorprendentemente, per effetto placebo, talora funziona, confermando a entrambi la finzione della derivazione organica del disagio.

Sorge persino il dubbio, se non ci fossero altre e più profonde motivazioni, che la malattia psicosomatica sia un tipo di messaggio facilitato e adeguato al tipo di richiesta e di risposta previste nell'ambito della malattia organica.

La medicalizzazione, cioè la prescrizione inutile di farmaci, analisi e visite specialistiche, secondo il nostro punto di vista tenderà ad aggravarsi nonostante la introduzione di meccanismi di controllo (come è previsto dalla recente Convenzione unica per la Medicina generale) a causa di quel fenomeno chiamato « pletora medica », da tempo denunciato dalla classe sanitaria e mai rimediato dal politico. Sebbene l'equazione a più termini: più medici-maggiore spesa sanitaria-minore qualificazione professionale-peggiori prestazioni, sia un dato di realtà, il legislatore tergiversa e dimentica il problema sotto la spinta di false idee populistiche. Questo atto mancato condensa e rivela una invidia primordiale verso la mitica figura

dell'iniziato che gestisce un potere e un prestigio reale verso il malato. L'effetto di quell'errore programmatico è la trasformazione del corpo medico in un esercito di frustrati che per darsi un ruolo a tutti i costi creerà e curerà (qui si tocca il vertice della finzione) un esercito di malati inesistenti, trasformando l'antica alleanza in un rapporto squallidamente burocratico e spersonalizzato di utenza. Ma esistono anche banali motivazioni elettorali, sulle quali non ci soffermeremo: con acume un paziente affermava che il Servizio sanitario nazionale era stato concepito per l'elettore sano adulto (la maggioranza), viste le gravi difficoltà di curarsi che incontra l'elettore ammalato (la minoranza); l'importante è che il cittadino abbia la sensazione che lo Stato si occupi di lui!

Il medico, perso il ruolo di protagonista nel dramma a due voci della sofferenza, persa la identità ancestrale di iniziato, si ritrova a essere comparsa di una sceneggiatura di Stato e manovale della Medicina: disimpegnato, disaffezionato e assenteista sul piano morale e deontologico. Egli è quello che « finalmente » timbra il cartellino « come tutti gli altri » e che perciò sciopera come tutti gli altri, lavora il meno possibile assemblando distrattamente organi sani o malati che siano, nella mastodontica fabbrica della salute. Agisce non più sotto la spinta autonoma e perciò autentica della solidarietà (dove è finito l'antico buon sentimento sociale?), ma per necessità materiali: lo stipendio, il posto, la carriera (il processo di identificazione col dipendente statale è completo). Egli ci appare come una figura demoralizzata per mancanza assoluta di un processo di incoraggiamento sociale perché è vissuto dall'utente non più come tale, ma solo come dispensatore di farmaci, di giorni di malattia e di analisi. Ripiegatosi narcisisticamente su se stesso, gestisce, sotto rigido controllo burocratico, il potere « conto terzi » (Stato e industria farmaceutica).

Il malato l'altro protagonista del dramma, si è addirittura trasformato in spettatore della sceneggiata: dalla platea della vita applaude (raramente), soffre e piange (spesso) per una storia che non è la sua, ma quella del politico e del sano che si contendono diritti, doveri e principi costituzionali. Rimossa l'ultima alleanza contro il male, ha adeguato il suo stile di vita secondo le regole generali del consumismo. Ma in questa operazione è andato via via caricandosi di forti tensioni emotive ambivalenti che parossisticamente scarica e proietta ora sul medico, ora sulla società. Appare quanto mai utile analizzare il comportamento del paziente assistito in una ottica interpretativa adleriana, notoriamente sensibile alle dinamiche profonde strutturate non solo nell'ambito delle prime relazioni affettive e oggettuali familiari, ma anche in quelle di più ampio respiro sociale. Pertanto i termini appena usati di « tensioni emotive ambivalenti » e « proiezione » assumono una particolare connotazione psicologica.

Ad un primo esame il comportamento più clamoroso del paziente è l'esasperazione del diritto a ricevere. Esso rappresenta una via di compenso da un lato a sentimenti e complessi di inferiorità, dall'altro a frustrazioni maturate nell'ambito del rapporto interpersonale e sociale in genere. In questo complesso gioco il medico può rappresentare o l'obiettivo primario, o di copertura (proiezione). Nelle figure mistiche e di vecchio

stampo del medico si trovano due caratteristiche essenziali: la protezione e il potere. Ma queste non sono altro che le colonne portanti delle prime relazioni tra figlio e genitori. La madre, primo filtro verso la realtà esterna, rappresenta il « prevalente fattore di sicurezza, la principale fonte di affettività ed anche l'obiettivo su cui esercitare un possibile dominio » (Dizionario ragionato di Psicologia individuale — F. Parenti — Ed. Cortina 1975). Una madre iperprotettiva può incrementare la naturale insicurezza del figlio, ostacolando il raggiungimento dell'autonomia. Una madre repressiva potrà suscitare comportamenti aggressivi o atteggiamenti di timoroso rispetto. Una madre emozionalmente carente potrà alimentare futuri atteggiamenti rivendicativi. Il padre, in base anche a condizionamenti storici e culturali, rappresenta invece il potere e il primo modello di virilità. Il rapporto con esso è vissuto essenzialmente come competizione e contesa dell'amore materno. Ecco pertanto che nella relazione con la figura genitoriale è gettato il seme che germogliando impronterà successivamente tutte le altre relazioni. Se i primi rapporti saranno alterati, vedremo delinearsi nell'adolescente risposte di volta in volta polemiche, astensioniste, aggressive, espressione anche di una insufficiente autonomia. E se con queste premesse il paziente adulto avrà maturato esperienze sociali deludenti (realizzazione professionale, relazioni umane e affettive, posizione economica), adotterà uno stile di vita improntato da un alterato sentimento sociale: manifesterà una volontà di potenza prevaricante che lo porrà al di fuori di una « posizione cooperante e dignitosa, né impositiva, né sottomessa » (Dizionario). Di qui per un meccanismo proiettivo nasce il citato diritto a ricevere come compenso o rivendicativo, o aggressivo, esasperato paradossalmente dalla stessa gratuità del servizio sanitario che a nostro avviso umilia il paziente che si vede privato dell'unico mezzo di controllo che gli permetterebbe scelte autonome ed emancipate. Il medico, espressione di un servizio di Stato, diventa perciò terreno di conquista, amato e odiato al contempo. Pretenderà servizi migliori, ma farà anche in modo di minarne l'efficienza utilizzandoli a sproposito; vorrà a tutti i costi farmaci che poi getterà e considererà il ticket un attentato alla salute; farà l'assenteista, condannando l'assenteismo; avvilerà il medico di « fiducia » obbligandolo alla umiliante trascrizione di terapie prescrittigli da altri. Tale comportamento gli darà la sensazione di avere recuperato in parte ciò che, a suo modo di vedere, la società gli ha tolto.

La posizione del medico si aggrava ulteriormente se è di sesso femminile. Anche nell'attuale cultura di transizione la donna medico soffre di particolari sentimenti di inferiorità, vittima di quel concetto dualistico alto-basso, maschile-femminile che ella subirà non solo nei rapporti con i colleghi maschi i quali cercheranno di emarginarla in ruoli secondari affidandole compiti strettamente connessi ad un aspetto del suo stato di donna, cioè di madre, ma anche a opera del suo assistito che talora la considera degna di « starsene a casa a fare calze », se dinamica ed emancipata (e qui facilmente il comportamento della collega assume le tinte della protesta virile).

In questo studio non si può non ricordare quella che fu l'esperienza stessa di Alfred Adler in veste prima di paziente e poi di medico nel

periodo prepsicoanalitico. Dai suoi ricordi infantili: « Una delle mie prime memorie è quella di star seduto su una panca, tutto coperto di bende e causa del mio rachitismo, mentre mio fratello maggiore, in piena salute, mi stava seduto di fronte. Egli poteva correre, saltare e muoversi senza alcuno sforzo, mentre per me ogni movimento di qualsiasi tipo era una fatica ed uno sforzo. Ognuno si dava un gran da fare per aiutarmi e mio padre e mia madre facevano tutto ciò che era loro possibile » (Citazione da: H. F. Ellenberger — *La scoperta dell'inconscio* — Ed. Boringhieri 1976). In questo primo ricordo sono condensati alcuni principi del suo futuro pensiero analitico: nel rachitismo si intravede l'inferiorità d'organo; nel bambino impotente la tendenza dell'uomo a proiettarsi nel futuro; nella rivalità con il fratello e, infine, nel fanciullo circondato dalle attenzioni dei genitori quello di stile di vita nevrotico.

Laureatosi in medicina nel 1895, manifestò precocemente il suo interesse per la medicina sociale pubblicando nel 1898, in una collana dedicata alle malattie professionali, il libretto « Manuale per la salute dei sarti » e trasferendo l'anno successivo il suo studio in un quartiere popolare di Vienna, dove esercitò come « medico generico ». Tre anni più tardi pubblicò l'articolo intitolato: « La penetrazione delle forze sociali nella medicina », del quale citiamo un passo sorprendentemente attuale: « ... Pertanto gli aderenti alla professione medica sono giunti a un punto in cui devono affrontare il problema della medicina sociale e prendere posizione al riguardo. Gli operatori medici si sono mostrati meno consapevoli di questa necessità di quanto abbiano fatto gli amministratori e i tecnici, che ora sono soliti risolvere i problemi di carattere medico senza più consultare i medici stessi. Costoro continueranno a lasciare l'iniziativa ai funzionari...? (La scoperta dell'inconscio). Nel 1903 scrisse gli articoli « Città e campagna » e « Aiuto statale o autoaiuto », e nel 1904 « Il medico come educatore ». Questo materiale disegna le linee del pensiero sociale di Adler che sarà poi rielaborato e integrato nella sua « Psicologia individuale comparata ».

CONCLUSIONI

Al termine di questo lavoro sentiamo il dovere di avanzare un modello di impostazione professionale di ispirazione adleriana.

Pur riconoscendo alla classe politica il diritto-dovere di impostare le linee generali di un piano sanitario collettivo, contestiamo ad essa l'apparato burocratico che controlla ossessivamente l'operato del sanitario e il comportamento del paziente. Questa manovra politica trasforma in « beni di servizio » l'esigenza istintuale di stare bene che, pur essendo generale, resta sempre un fatto privato fra chi soffre e chiede aiuto e chi è in grado di prestarglielo. Come non è codificabile la sofferenza nei suoi innumerevoli aspetti espressivi che vanno dal dolore lancinante all'« impalpabile » sensazione di disagio psico-fisico, così non lo è altrettanto la possibile risposta ad essa. La classe politica dovrebbe ricordare

l'antico motto che non esistono malattie, ma solo malati. Ogni risposta stereotipa e precodificata, così come è prevista dalla Legge, è destinata all'insuccesso. La malattia impone soluzioni immediate, la guarigione non può essere meta di un percorso ad ostacoli burocratici, o di un labirinto terapeutico dove il medico (il cattivo) non concede ciò che lo Stato non gli permette e che il paziente (lo sfruttato) reclama. Questa antitesi è alimentata ad arte con campagne diffamatorie e scandalistiche da parte di forze sociali che evidentemente li credono ancora « potenti » e che perciò li temono, rivelando la vera motivazione del loro agire: il complesso di inferiorità. Sarebbe possibile il superamento del conflitto se medico, paziente e forze politiche respirassero l'aria della concordia sociale e della tolleranza, che tradotta in termini psicologici non sarebbero altro che il tanto sospirato buon sentimento sociale, cioè volontà di cooperazione senza umilianti tentativi di prevaricazione, e rispetto dei ruoli e delle relative autonomie, permettendo al primo di adeguare il suo stile di vita ai principi della deontologia professionale, per ristabilire il filo diretto che lo collegava al malato e che dava senso a tutta la sua vita.