

*Istituto di Psicologia dell'Università di Genova*

*Direttore Incaricato Prof. Graziella Mansueto Zecca*

**FRANCESCO CASTELLO**

*Medico Interno*

## RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE E MEDICINA MUTUALISTICA

Una gran parte dei pazienti che entra in un ambulatorio mutualistico sa già che cosa vuole e, generalmente, va dal medico per fargli eseguire quei certi atti, mediante i quali potrà arrivare al conseguimento di uno scopo, rappresentato dalla prescrizione di determinati farmaci, dal rilascio di certificati di malattia che esentano dal presentarsi al lavoro, dalla compilazione delle certificazioni le più disparate, attestanti determinate asserzioni del cliente, assunte e sottoscritte dal medico in prima persona, tendenti a far ottenere al paziente medesimo un qualche cosa. Questo qualcosa da ottenere è stato, come dicevamo sopra, già deciso dal paziente, il quale però, ha bisogno della intermediazione della ricetta o del certificato, che in questo modo diventano strumenti, che il medesimo controlla e manipola.

Il medico, in questo caso, è colui che ha la possibilità mediante la compilazione di determinati moduli o l'affermazione solenne dell'esistenza di una certa situazione,

di far ottenere al suo cliente (spesso gratuitamente) ciò che egli ha deciso essergli utile o, più semplicemente, ciò che gli crede di volere.

Il medico perciò è lo strumento che, più o meno dolcemente, si presta ad aumentare le possibilità di soddisfare i bisogni o i desideri del paziente, ossia un mezzo utilizzabile dal paziente per aumentare la sua potenza. Per poter appagare pienamente questa tendenza, il medico non deve partecipare attivamente alle problematiche del richiedente, non deve interagire apportando suoi punti di vista o elementi scaturenti dalla sua preparazione professionale; tutt'al più è impegnato ad escogitare delle strategie limitate, tendenti acriticamente a far realizzare al cliente il suo immediato desiderio, avallandone con scuse diagnostiche, le richieste.

Per essere uno strumento perfettamente adeguato a questi fini, il medico dovrebbe essere, non già un filtro, ma un canale orientabile, totalmente privo di senso critico e di contenuti di personalità, perché questi sarebbero fatalmente portati a interagire colla personalità del cliente.

Questo modello di rapporto, per quanto molto estremizzato nella descrizione, è in sostanza assai spesso presente nel campo della moderna medicina mutualistica di base, nella quale, per tutta una serie di elementi che tenteremo di descrivere, si nota che le realizzazioni umane si sviluppano e si mantengono ad un livello particolare.

Tra il paziente e il suo medico si instaura un rapporto che molto frequentemente è privo di caratterizzazioni personali, anonimo, talora improntato a diffidenza consciamente e reciprocamente provata. Il cliente si rivolge al medico, pagato da un Ente, che di conseguenza gli deve fornire quelle certe prestazioni che sono previste dal contratto assistenziale. Ne deriva, in molti casi, una interpretazione della possibilità di richiedere non ciò che il medico responsabilmente ritiene necessario,

ma ciò che è contemplato dalle norme di assistenza per gli « aventi diritto ».

Il medico, che è sempre stato vissuto e che si è sempre vissuto tradizionalmente, come figura potente, oggi è a portata di mano e si può, trasformandolo da persona che autoritariamente prende delle decisioni a volte non chiaramente comprese dal malato, in burocrate dispensatore di oggetti assistenziali, esigere che distribuisca a piene mani questi oggetti dietro esplicita richiesta. L'assistito può, in questo modo, far sua la potenza che prima veniva attribuita al medico, la cui figura diventa perciò simile a quella di un impiegato della banca presso cui il malato ha un deposito di denaro; il medico ha il dovere di consegnare questo denaro al legittimo proprietario, senza chiedere ragione di come sarà speso.

Questa situazione di fatto non è esente da implicazioni profonde che mettono grandemente in crisi il rapporto che, basato per tradizione su un certo tipo di dipendenza del malato dal medico, attualmente non riesce a trovare una dimensione adeguata ai problemi nuovi.

La dipendenza dalla figura paterna, imposta, accettata e riconosciuta sulla base di tradizioni culturali in veterate, è oggi vissuta, forse più di ieri, conflittualmente. La conflittualità nei confronti della autorità del padre fa sì che il figlio tenti di conquistare l'autonomia anche nei settori della vita che conosce poco. Col conflitto sorge il bisogno di sostituirsi al padre, anche se non si è ancora raggiunta l'età matura della vita, e questo comporta una notevole fatica. I sentimenti di inferiorità dell'infanzia, ipercompensati precocemente col meccanismo della identificazione, spingono il paziente a dire al medico cosa deve fare. L'insicurezza, proiettata sulla figura che dovrebbe essere protettiva, rassicurante, accentua i conflitti e viene compensata colla ricerca di un rapporto umano improntato a caratteristiche sado-masochistiche. Talora accade che il malato faccia tutto quanto è in suo potere per rendere il medico impotente ad aiutarlo.

Il medico, molto spesso, anche se ben preparato sul piano dottrinale e tecnico, ha ricevuto una formazione relativa al suo ruolo di tipo tradizionale. Questa formazione può essere accettata o respinta, ma raramente si trova ad essa un'alternativa valida e soddisfacente. Di fronte alle richieste del paziente, il medico può tentare di opporre un rifiuto o di aprire un dialogo, che però molto spesso non ha modo di uscire dalla tautologia della regressione, quale l'intervento a difesa dei propri diritti, il tentativo di tutelare la propria dignità professionale, in contrapposizione ai diritti vantati dal paziente, o di accettare la richiesta, cercando di considerarsi un dispensatore di doni, quando non agisce in un certo modo solo per timore di perdere il cliente.

Al di là delle razionalizzazioni coscienti che il medico può formulare, vi è sempre un profondo disagio, una incertezza di ruolo; vi sono sempre sentimenti d'inferiorità e d'insicurezza, ipercompensati o compensati negativamente da un sentimento di sé (quale il caso del medico con una visione aristocratica della professione) o dalla ricerca di gratificazione ottenuta procurandosi ad ogni costo la benevolenza del paziente o il massimo possibile di guadagno economico.

Anche da questo lato non può sfuggire l'aspetto sadico del rapporto che si instaura con dei pazienti ai quali tutto si fornisce senza nulla dare, tenendo conto non dei loro veri bisogni, ma solo delle loro richieste verbali, intese nel loro significato manifesto, e non nella motivazione che le sottende.

La distanza che si viene a frapporre tra medico e paziente è incolmabilmente accresciuta dal fatto che il rapporto è mediato da una serie di « diritti » i quali finiscono per essere gli unici valori da tutelare.

Quando ai « diritti » dell'assistito il medico contrappone i propri « diritti », dimenticando che il problema fondamentale su cui si incentra la sua opera è molto frequentemente rappresentato dalla esigenza di stabilire una comunicazione, il rapporto si struttura ad un livello di

regressione che può anche non essere suscettibile di recupero.

L'ansia d'insicurezza vissuta dal medico, che non riesce a stabilire una adeguata modalità di comunicazione col paziente, conduce al rifiuto del medesimo e fa sì che, per compensare i sentimenti di colpa derivanti dal rifiuto, egli si trinceri sempre più dietro barriere formali e continui ad aumentare la distanza che lo separa dalla realizzazione di un rapporto umano autentico con l'assistito.

Il medico che viene chiamato dal cliente a fornirgli i servizi contemplati dal contratto assistenziale può sentirsi profondamente frustrato nella sua aspirazione alla superiorità, che frequentemente è uno dei motivi più potenti per indurre alla scelta degli studi medici.

I vari orientamenti ideologico-politici attuali contribuiscono a strutturare rigidamente gli atteggiamenti individuali. La teorizzazione, sia di massa che di élite, non pare tesa a favorire la comprensione tra gli uomini e l'instaurazione di rapporti interpersonali autentici, poiché generalmente fa leva sulla conflittualità.

Questa constatazione rende poco probabile l'ipotesi del facile raggiungimento di una alternativa di rapporto umano che possa considerarsi un valido superamento delle vecchie modalità (rapporto padre-figlio, accettazione dell'autorità, ecc.). La comprensione, intesa come tentativo di entrare nel vissuto dell'altro per realizzare la coesistenza, affinché il rapporto umano sia un essere insieme e non soltanto un confronto di alienità sorretto da ideologie che razionalizzano l'angoscia dell'isolamento, è una modalità esistenziale difficile, che può essere esercitata, ma quasi affatto insegnata ed appresa in via teorica. Un uomo che compia onestamente ed umilmente lo sforzo di esercitare la comprensione è, in pratica, uno psicoterapeuta.

La valutazione in termini adleriani del fenomeno medico-strumento, conseguenza di una generalizzata di-

storsione del rapporto medico-paziente, consente di individuare alcuni punti fondamentali:

- 1) Il conflitto per la conquista o la conservazione del potere (autorità) tra paziente e medico.
- 2) La inautenticità del rapporto, dovuta al fatto che elementi estranei, diversi da quelli noti da sempre (malattie e loro sintomi), vengono a mediare il medesimo.
- 3) La conseguente formazione di elementi transferali e controtransferali negativi che vengono vissuti in maniera selvaggia e che invece, se analizzati, porterebbero a scoperte utili e fruttuose.
- 4) La compensazione negativa dei sentimenti di inferiorità, di inadeguatezza e di colpa, attraverso meccanismi ricchi di elementi sado-masochistici interagenti, fino alla creazione di situazioni altamente nevrotizzanti.
- 5) La necessità di fornire ai medici una formazione psicologica adeguata, quale potrebbe essere quella ottenibile con la partecipazione a gruppi Balint, che consentisse di acquisire quella capacità di comprensione dei bisogni di aiuto, espressi dai pazienti molto spesso con modalità particolari, non direttamente verbalizzati, a volte addirittura attraverso sintomi, che la preparazione universitaria attuale non offre.

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER A. (1912): *Il temperamento nervoso*. Newton Compton Italiana, 1971.
- BALINT M. (1956): *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, 1961.
- BINSWANGER L. (1955): *Per un'antropologia fenomenologica*. Feltrinelli, 1970.
- CARGNELLO D.: *Alterità e alienità*. Feltrinelli, 1970.
- LAPLANCHE, PONTALIS (1967): *Enciclopedia della psicanalisi*. Laterza, 1973.