

## Oltre la terapia farmacologica. L'autocoscienza del paziente come obiettivo della relazione terapeutica

Bruno Domenichelli

*“È difficile rimanere imperatore di fronte ad un medico;  
difficile anche conservare la propria essenza umana.”*

Da: “Memorie di Adriano”, di M. Yourcenar

Atteggiamenti di *autoritarismo* hanno improntato per secoli la relazione fra medico e malato e sono tuttora lungi dall'essere del tutto superati, dalle corsie ospedaliere agli ambulatori di periferia. Atteggiamenti antichi, che suscitano problemi ancestrali di identità: “È difficile rimanere imperatore di fronte ad un medico; difficile anche conservare la propria essenza umana...”. Sono le parole che Marguerite Yourcenar fa dire all'imperatore Adriano<sup>1-2</sup>.

L'autoritarismo del medico mina alla base ogni possibile valenza terapeutica del rapporto medico-paziente in quanto accentua la già naturale sudditanza psicologica del malato e crea le premesse per quei sentimenti di vulnerabilità e di solitudine di cui la medicina psicosomatica sta individuando sempre meglio i negativi correlati neuroendocrinoimmunologici (Fig. 1).

*L'umiltà del medico nella*



**Fig. 1 - W. Kandinskij - Tormento interiore (1925).**

Non è facile, per il medico, entrare in contatto con la sfera della componente soggettiva della malattia, risonanza emotiva alla sofferenza e immaginari di angoscia che compongono l'insondabile *tormento interiore* di molti malati.

Portare in superficie questa sofferenza e stemperarla in un sereno dialogo è per il medico azione terapeutica non meno che impegno deontologico. Per il malato, prendere coscienza di questi contenuti di angoscia, spesso sconosciuti a se stessi, ed elaborarli razionalmente, significa privarli della loro virulenza psicosomatica spesso devastante e costituire la premessa per un'efficace compartecipazione psiconeuroendocrinoimmunologica al processo di guarigione.

relazione col malato assume quindi valore di reale strumento terapeutico<sup>3</sup>, oltre che di imperativo deontologico<sup>4</sup>.

Che il livello collettivo di salute sia radicalmente migliorato negli ultimi decenni è indiscutibile. Ciononostante, Karl Jaspers parla di “*crisi della medicina*”, e rileva che: “*l'insoddisfazione è crescente, tanto presso i medici quanto presso i malati*”<sup>5</sup>. Si è parlato a questo proposito di “*paradosso della salute*”<sup>6-7</sup>.

Numerose inchieste epidemiologiche confermano infatti che la gente è sempre meno contenta del proprio stato di benessere<sup>8,9,10</sup>, con progressivo calo degli indici di *patient satisfaction*.

### Il modello paternalistico

Anche il modello paternalistico del medico come “*vir bonus, sanandi peritus*” è destinato ad un fallimento almeno parziale,



per la genericità e la superficialità dei suoi presupposti etico-scientifici, che non facilitano una facile esplorazione delle radici psicosomatiche e delle risonanze emotive della malattia. Nel modello paternalistico, la conoscenza da parte del malato della propria malattia e del relativo immaginario, rimane superficiale e raramente raggiunge un livello di autocoscienza tale da consentire il reclutamento nel profondo dell'Io delle riserve psicofisiche necessarie per contribuire efficacemente al processo di guarigione. *“Non è più possibile considerare adeguata un'assistenza medica che trascuri i sentimenti dei pazienti che stanno combattendo la loro battaglia contro una malattia grave o cronica”*<sup>11</sup>.

## Il rapporto empatico

Anche un rapporto autenticamente empatico, in cui il medico si pone di fronte alle esigenze del malato *come se fosse di fronte a se stesso*, non esaurisce le potenzialità terapeutiche insite in un'ottimale relazione medico-paziente, in quanto, se può appagare le esigenze affettivo-emotive del malato, può non essere sufficiente ad apportare al paziente sufficienti elementi di autocoscienza utili per superare il proprio vulnerabile status di malato.

## La comunicazione come strumento terapeutico

Affinché la relazione medico-paziente sia ottimale, all'empatia deve accompagnarsi da parte del medico, la capacità di un'adeguata corrispondenza alle esigenze di conoscenza del malato su tutti gli aspet-

ti di una malattia, da quelli più strettamente biologici a quelli esistenziali. È evidente che un tale livello di comunicazione va ben oltre gli aspetti meramente giuridici del “consenso informato”. Si è parlato a questo proposito di “sacralità della comunicazione in medicina”<sup>12</sup>.

La disponibilità del medico al dialogo col malato migliora la compliance, facilita le attività di prevenzione, favorisce l'equilibrio psicosomatico e neurovegetativo, modifica positivamente la capacità del malato ad affrontare la malattia, facendo leva sui meccanismi biologici di difesa dell'organismo. Ma anche una generica disponibilità al dialogo da parte

del medico può non essere sufficiente per consentire di sfruttare al massimo le potenzialità terapeutiche di una buona relazione.

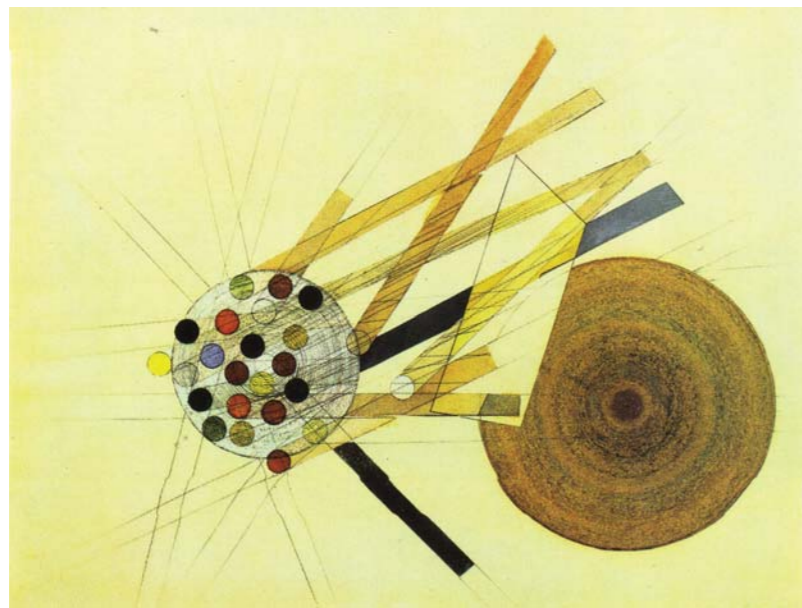
Affinché ciò si realizzi è necessario infatti che il medico sia specificamente esperto delle psicodinamiche che sottendono al rapporto fra il malato e la sua condizione di malattia.

Atteggiamenti di negazione della morte e apparente distacco nei confronti della malattia coesistono

spesso con insostenibili situazioni d'ansia e richiedono approcci psicoterapeutici differenziati. *Ars curandi* è per il medico trovare parole ed atteggiamenti adeguati per attenuare la virulenza psicosomatica di queste situazioni.

## Le nuove domande di salute

Nuove domande di salute vengono da una Società insoddisfatta, satura di tecnologia e di specializzazione, che chiede di essere guarita non solo dalle



**Fig. 2 - Laszlo Moholy-Nagy - La Sarraz (1930).** Immagini di dialogo fra Arte e Scienza. Pur nella geometria delle forme, emergono suggestioni biologiche. Dai granuli colorati contenuti nella prima sfera (granuli presinaptici di neurotrasmettitori?), sembrano aver origine connessioni o linee di forza protese verso la sfera (cellula?) di destra, suggerendo rapporti figurati di connessione intercellulare. L'Arte ha forse intuito le basi delle connessioni psiconeuroendocrinoimmunologiche decenni prima che queste venissero scoperte dalla biologia!

malattie tradizionali, ma anche dagli impalpabili malesseri delle fobie e delle insoddisfazioni collettive. Per soddisfare queste istanze, è auspicabile che il medico, accanto ai farmaci “reali”, impari a ricorrere a “rimedi” che riescano a far leva sulla *percezione soggettiva della malattia*. Rimedi che, nelle loro componenti metafisiche, biologiche e sociali *“finiscono col corrispondere alle domande fondamentali dell'uomo post-moderno”*<sup>13</sup>.

Il medico deve quindi essere preparato e disponibile alle richieste di informazioni, sia per una più consapevole partecipazione del malato alle scelte terapeutiche, che nella prospettiva di una più chiara visione da parte del paziente delle proprie attese esistenziali.

## I correlati biologici dell'autocoscienza

Se la medicina tradizionale aveva finora potuto solo *intuire* i risvolti positivi sulla salute di una buona relazione medico-paziente, stanno recentemente emergendo chiare evidenze sperimentali ed epidemiologiche sulla realtà biologica di queste intuizioni cliniche. Numerosi filoni di ricerca suggeriscono infatti:

A) l'allargamento del concetto di “rimedio” terapeutico dalla tradizionale accezione biologica a più ampie dimensioni antropologiche e sociali<sup>13</sup>;  
B) l'esistenza di nuove prospettive fisiopatologiche a sostegno dell'utilità terapeutica di una più chiara autocoscienza da parte del malato sulla propria situazione di malattia.

Le ricerche analizzano queste ipotesi: (Fig. 2)

a) sul piano della reattività neurovegetativa, alla luce della teoria dello stress;  
b) sul piano delle interconnessioni psiconeuroendocrinoimmunologiche (PNEI).

## Un circolo “virtuoso”: informazione, autocoscienza, salute

È noto che l'*isolamento sociale* assume specifico valore di fattore di rischio cardiovascolare. È verosimile pensare che una delle determinanti di questo rischio sia identificabile nella carenza di informazione del malato e quindi di utili elementi di conoscenza sulle proprie condizioni di salute. Lo scarso livello di autocoscienza che ne deriva, riduce la possibilità di una positiva rielaborazione della condi-

zione ansioso-depressiva correlata alla malattia.

È peraltro noto che tutto l'edificio della psicoanalisi freudiana si fonda sugli effetti positivi della superficializzazione a livello cosciente, mediante gli strumenti dell'analisi, di contenuti psichici rimossi nell'inconscio. È grazie a questo progressivo processo di autocoscienza che si rende disponibile la carica di energia imbrigliata nel conflitto delle pulsioni, a favore di uno psichismo non più condizionato dalle nevrosi.

Le informazioni acquisite tramite un efficace rapporto comunicativo con il medico, apportano anzitutto elementi di conoscenza sullo stato della malattia e sui relativi riflessi esistenziali. Viene in tal modo favorito nel paziente un processo di autocoscienza che promuove l'elaborazione di strategie mentali e comportamentali di difesa, fino alla possibilità di *dare un senso* alle sofferenze stesse.

L'ipotesi, fino a pochi anni fa solo intuitiva, che il processo di elaborazione cognitivo-emotiva dello stato di malattia potesse favorire in qualche modo il processo di guarigione, ha acquisito recentemente suggestive conferme sperimentali, che sembrano realizzare *“il sogno di Freud, l'aspirazione cioè di dimostrare che i processi dell'inconscio hanno un preciso riscontro biologico”*<sup>14</sup>.

Un esempio paradigmatico è quello dell'*elaborazione del lutto*, processo psichico mediante il quale il soggetto giunge a *farsi una ragione della perdita*<sup>14</sup>, attraverso una serie finalistica di psicodinamiche, volte a compensare l'immagine mentale del lutto e a neutralizzarne la carica stressante (Fig. 3).

## I correlati immunologici dello stress

Una brillante conferma sperimentale della realtà delle interconnessioni PNEI viene dalle ricerche di R. Anderlini<sup>15</sup> che ha studiato la capacità di reattività immunitaria dei linfociti in soggetti colpiti dal profondo stress emotivo di un lutto familiare, dimostrando l'esistenza, nella fase precoce del lutto, di effetti immunodepressivi. In seguito, parallelamente all'avvenuta elaborazione psichica del lutto, si assiste al pieno recupero delle difese immunitarie.

Il ritorno alla norma della reattività immunitaria coincide con il momento in cui il soggetto *“si fa una ragione della perdita”*<sup>14</sup>, grazie ad un processo di autocoscienza che porta ad affrontare il lutto con maggiore serenità ed equilibrio.

“L’elaborazione del lutto sarebbe perciò non soltanto un processo psicologico, ma anche un processo biologico”<sup>14</sup>.

Da queste ricerche sembrano emergere suggestive analogie<sup>16</sup> fra il Self immunologico (difeso dalla reattività linfocitaria) e il Sé delle dottrine psicoanalitiche (la cui affermazione è favorita dai processi di autocoscienza).

All’esempio dell’elaborazione del lutto può essere equiparabile “ogni altro processo in cui sia in gioco una costellazione di affetti”. Così come è del tutto verosimile che “patologie gravi comportino una serie di turbe nervose tali da alterare il comportamento ideativo e affettivo...”<sup>17</sup>, con il relativo coinvolgimento PNEI. È una realtà che il medico deve tenere sempre presente, nella prospettiva di evitare pericolosi circoli viziosi psicosomatici che aggravano l’evoluzione della malattia.

### Correlazioni neuroendocrine dello stress

Più note al cardiologo sono le correlazioni fra psiche e apparato cardiovascolare mediate dagli ormo-

ni dello stress. Ostilità, collera e aggressività sembrano essere le caratteristiche della personalità maggiormente a rischio. Ciò che più deve interessare il medico è peraltro la possibilità di influire su questi aspetti caratteriali mediante specifici ed efficaci programmi di modificazione caratteriale o mediante tecniche di rilassamento come meditazione e yoga. Anche in questi casi è utile un’adeguata informazione del paziente. “L’obiettivo è quello di essere presenti a se stessi e consapevoli degli episodi emotivi nel loro svolgersi”<sup>19</sup>.

### Conclusioni

L’ampiezza degli studi sperimentali che documentano le interconnessioni PNEI fra situazioni “stressanti” e patologie d’organo, conforta nel convincimento, finora esclusivamente intuitivo, che estendere la relazione medico-paziente dal piano strettamente organico a una più ampia dimensione psicosociale, potesse in qualche modo influire positivamente sul decorso e sulla prognosi della malattia stessa.

Con l’evidenza dei risultati dell’EBM, possiamo affermare che è doveroso oggi per la medicina “ampliare la propria concezione della salute ed includervi le realtà emotive della malattia”<sup>19</sup>.

Anche il significato di *empatia* acquista nuove chiavi di lettura alla luce degli sviluppi degli studi sperimentali di PNEI.



**Fig. 3 - E. Munch - Morte nella camera del malato (1892).**

L’elaborazione del lutto è quel processo psichico mediante il quale il soggetto giunge a farsi una ragione della perdita. Si è scoperto recentemente che alla fase acuta dell’evento di lutto corrisponde un evidente calo delle difese immunitarie, che tornano alla norma dopo che il soggetto, attraverso un progressivo processo di autocoscienza, ha elaborato l’evento stressante del lutto. Il supporto affettivo di familiari ed amici facilita il ritorno alla normalità. Analoga è la situazione nello stress da malattia, in cui il supporto psicologico può essere fornito dal medico.

Suggestivamente sostenuta dai parametri dell’EBM, l’empatia, da impegno deontologico oggi più o meno “optional”, si pone come obbligo di good practice professionale e come tale sembra destinata ad entrare a far parte dei protocolli comportamentali del medico!

Il convergere di numerosi filoni di ricerca ci permette di affermare che l’autocoscienza del malato costituisce il livello cognitivo di integrazione fra il comportamento “virtuoso” del medico disponibile al dialogo e le relative influenze positive sull’andamento della malattia. Un’autoconsapevolezza attraverso la quale “la mente osserva e studia l’esperienza e le emozioni”<sup>20</sup> e i malati riescono ad elaborare positive strategie di gestione dello stress correlato alla malattia.

I pazienti, quindi, dovrebbero “ricevere normalmente informazioni più complete, essenziali per prendere le necessarie decisioni relative alla loro salute”<sup>19</sup>. “Se vogliamo che la medicina allarghi i propri orizzonti per arrivare a comprendere anche l’impatto delle emozioni... è necessario... aiutare gli individui a gestire meglio i sentimenti negativi – la collera, l’ansia, la depressione, il pessimismo e la solitudine... Molti pazienti possono trarre un beneficio misurabile quando le loro esigenze psicologiche sono oggetto di cure insieme a quelle strettamente fisiche...”<sup>21</sup>.

### Bibliografia

- Yourcenar M.: Memorie di Adriano. Einaudi, Torino, 1963
- Domenichelli B.: L’ipertensione dell’imperatore Adriano. Cuore e Salute 1992; 10:616-622
- Domenichelli B.: Curare con umiltà. Cardiologia Extraospedialiera 2001; 7: 347-352
- Domenichelli B.: Tecnologia ed etica in medicina: una sintesi possibile. Intern J Cardiovasc Dis 2003; 20 n° 1: 17-24
- Jaspers K.: Il medico nell’età della tecnica. Cortina, Milano, 1991
- Barsky A. J.: The paradox of health. N Engl J Med 1988, 318: 414-418
- Domenichelli B.: Il “paradosso della salute” e il cardiologo. Cardiologia Extraospedialiera 1998; 4: 223-226
- Shorter E.: Bedside manners: the troubled history of doctors and patients. Simon & Shuster, New York, 1985
- Verbrugge L. M.: Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. Milbank Mem Fund Q 1984; 62: 475-519

Trattando il tema del valore antropologico della malattia come “saggezza del corpo”, Sandro Spinsanti parla di “tendenze autoguaritive dell’Io”<sup>22</sup>.



Ai discepoli dei filosofi dell’antica Grecia, per acquisire l’autocoscienza, era sufficiente attenersi alla massima socratica: γνῶσι σεαυτοῦ. Resta da sperare che il medico del terzo millennio, non sufficientemente convinto delle potenzialità cognitive dell’intuizione, venga persuaso almeno dall’evidenza della ricerca sperimentale ad arricchire di contenuti e di prospettive antropologiche il proprio ruolo nel rapporto con il malato.

A una Società che pone domande sempre nuove di salute, serve un Medico che sappia trovare risposte “oltre la terapia farmacologica”.

Un Medico capace di entrare in risonanza con l’universo della soggettività del malato, nel rispetto della sua più completa ed autonoma integralità psicosomatica.

Potrà essere così soddisfatto l’impegno che oggi viene richiesto al medico di “dare voce alle aspettative di uomini e donne, che continuano ad attendersi dalla medicina non solo la cura delle malattie, ma anche un contributo radicale per la conoscenza di se stessi”<sup>23</sup>.

- Colvez A., Blanchet M.: Disability trends in the United States population 1966-76: analyses of reported causes. Am J Public Health 1981; 71: 464-71
- Goleman D.: Intelligenza emotiva. BUR, Milano, 1999 pag. 220
- Domenichelli B.: Sacralità della comunicazione in medicina. Cardiologia Extraospedialiera 1998; 4: 7-11
- Cavicchi I.: Il rimedio e la cura. Editori Riuniti., 1999
- Voltaggio F.: La medicina come scienza filosofica. Laterza, Roma-Bari, 1998, pag. 194
- Anderlini R.: Stress e sistema immunitario. Studi su soggetti che hanno subito uno stress emotivo (lutto familiare). Modena, 1994. Cit. da 14 voce 14, pag. 195
- voce 14, pag. 197
- voce 11, pag. 204
- voce 11, pag. 218
- Jon Khabat-Zinn: Werever You go, There You Are. Hiperion, New York, 1994
- voce 11, pag. 220
- Spinsanti S.: L’alleanza terapeutica. Città Nuova, Roma, 1988, pag. 25
- voce 14, pag. 202