

OLISMO: IL FUTURO DELLA MEDICINA? *

PREMESSA

«Forse anche tu, come me, affronti il mistero con curiosità. Io continuo a cercare di interpretare quello che accade... Dobbiamo essere sospettosi di tutti coloro che presumono di avere una conoscenza completa delle cose come se non ci fosse più mistero... Mettere in dubbio la verità ufficiale è l'inizio della saggezza» (Fehrsen, 1998).

Poiché questo «sbrogliare il mistero» è un processo, una crescita continua, eccomi qui con la storia di questa paziente che mi ha insegnato, ancora una volta, a non dire «ho trovato la verità», ma piuttosto «ho trovato una verità».

PRESENTAZIONE DELLA PAZIENTE

M. D., una signora di 56 anni, era sul letto n. 1 quando quel giorno andai a fare il giro del reparto. Era stata ricoverata la sera precedente per dolori al basso addome, con una diagnosi di sal-

* Dal 1986 fino al 2002 ho lavorato come medico in un ospedale di una zona solo per neri del Sud Africa. In una società in cui la malattia non è solo un evento biologico, ma coinvolge in modo determinante anche la sfera psichica, spirituale e sociale della persona, è scaturita un'esperienza che mi ha portato a un nuovo modo di guardare al paziente, al suo mondo, al suo "essere ammalato", e, di conseguenza, anche all'approccio terapeutico. Questo articolo, se da un lato rispecchia un'esperienza tipicamente africana, dall'altro lato contiene degli aspetti e dei principi che si possono considerare universali, come anche avallato dalla bibliografia.

pingite (infezione delle tube uterine) e, per terapia, antibiotici e analgesici.

Sposata, con quattro figli, proveniente da uno dei nostri villaggi più distanti con un marito che faceva solo lavori saltuari, aveva iniziato ad avere quei forti dolori il giorno prima per la prima volta. Nessuna rilevante storia medica precedente. Nessun altro disturbo rilevante.

Si sentiva come se avesse una massa che si muoveva nell'addome e che aveva iniziato a farle molto male il giorno prima. Le sue condizioni generali erano soddisfacenti, malgrado fosse ovviamente sofferente. Clinicamente non era né anemica, né dispnoica.

All'esame clinico, l'addome era dolorante alla palpazione, ma non si avvertiva nessuna massa, né l'addome era teso e non c'erano altre anomalie nell'esame fisico.

Decisi allora di farle un'ecografia. Dovettero portarla sulla sedia a rotelle e aiutarla a stendersi sulla barella. All'ecografia tutti gli organi addominali e pelvici sembravano normali. A quel punto, decisi di aspettare i risultati degli esami alle urine e di quelli dell'emocromo. Dissi a M. D. che fino ad allora non avevo trovato nulla di preciso e che avremmo continuato con la cura aspettando l'esito dei risultati. Mi sembrò più rilassata e accettò il fatto che avremmo riparlato solo il giorno seguente, quando forse avrei avuto ulteriori informazioni. Poiché si comportava come se avesse una sorta di colica, decisi di somministrarle anche dell'antispastico.

Il giorno seguente era stesa supina. Fui contento di vedere questo, pensando che fosse il segno che stesse meglio. In effetti, i dolori all'addome erano diminuiti di molto, addirittura mi arrivò a dire che non li avvertiva più, ma ora si lamentava che la massa si era spostata, provocandole un forte dolore nella regione lombare sinistra che si propagava fino alla fossa iliaca sinistra.

All'esame clinico, la regione lombare sinistra era un po' rigida alla percussione, ma non c'era nessun altro segno particolare. Poiché, però, c'erano delle cellule di pus, dei batteri e dei residui nei risultati delle urine, arrivai alla conclusione che forse aveva un'infezione urinaria, malgrado i sintomi fossero esagerati.

Spiegai tutto alla paziente, la rassicurai che non aveva niente di grave e che le avrei dato qualcosa per il dolore. Dopo aver ac-

consentito, mi chiese se avevo intenzione di farle un'operazione. Con mia grande sorpresa, non fu felice della mia risposta negativa, così dovetti impiegare un po' di tempo per spiegarle perché non avevo motivo di decidere di fare una laparotomia. Persino la caposala fece del suo meglio per spiegare la mia risposta, ma M. D. non sembrava molto convinta e io ci rimasi male nel non essere della stessa opinione di uno dei miei pazienti.

Il giorno seguente M. D. quasi gridava per il dolore: era supina sul letto, assolutamente incapace di muoversi. Diceva che il dolore nella regione lombare era sparito, l'addome andava bene, ma ora il dolore era localizzato nella schiena, e talmente forte che non riusciva neppure a muoversi.

Al mio esame, fatto con grande difficoltà a causa del forte dolore provato dalla paziente, la parte più bassa della schiena toracica era assai rigida, con spasmi muscolari localizzati. In quel momento temetti veramente di aver trascurato qualcosa fin dall'inizio (si trattava forse di una tubercolosi alla colonna vertebrale?), così mandai M. D. a fare una radiografia della spina dorsale che risultò normale.

Avevo ormai tentato in tutti i modi di arrivare ad una diagnosi, senza successo. Ora, di fronte a quella radiografia, che era la mia ultima possibilità per arrivare a dare un nome ufficiale a un disturbo, e che, invece, era assolutamente normale, rimasi pochi, lunghi momenti. Mi venne qualcosa in mente e mi vergognai sul serio che non mi fosse sovvenuta prima, proprio a uno come me che lavorava da 13 anni in un contesto rurale africano. Solo allora mi fu chiaro di che si trattava.

Eppure volli essere sicuro che non stessi cercando di sbarazzarmi del problema. Dissi a M. D. che la spina dorsale andava bene. Chiese se non avessi preso nuovamente in considerazione la possibilità di operarla. Cercai nuovamente di spiegarle perché non potevo farle alcuna operazione e comunque, solo per amore di onestà, avrei chiesto a un altro dottore di esaminarla per un secondo parere. Accettò.

Il mio collega non riuscì a trovare nulla che potesse spiegare i sintomi di M. D. e pensava già di mandarla a fare ulteriori indagini in un ospedale più attrezzato. Quando riferii a M. D. che il mio

collega non aveva trovato alcun motivo per giustificare un'operazione, suggerì che la mandassi a fare l'operazione in un altro ospedale. Le spiegai che, per mandarla in un altro ospedale, avrei dovuto avere delle ragioni cliniche che in quel momento non avevo. Poiché dovevo partecipare a una riunione, le promisi che sarei tornato più tardi e che senz'altro, entro la fine della giornata, saremmo arrivati ad una decisione comune sul da farsi.

Uscito dal reparto, presi da parte la caposala e le dissi che secondo me c'era qualcosa che M. D. non ci aveva detto; che avevamo fatto del nostro meglio per individuare la patologia, ma tutto era risultato negativo; che la paziente si era relazionata nei miei confronti in modo assai riservato; che mi ero sempre più convinto che si trattasse di qualcosa legato alla medicina tradizionale africana. Pensavo, quindi, fosse bene che lei trovasse il tempo per parlare in privato con M. D., per confermarle che non avevamo trovato alcuna patologia evidente e per scoprire da lei stessa se per caso non ci fosse qualche altra cosa sotto e, di conseguenza, qualche altra soluzione da cercare.

La caposala non fu sorpresa dalle mie osservazioni. Molte altre volte avevo parlato con i miei pazienti della loro cultura, delle loro credenze e, ogni volta, avevo appreso molto e, ovviamente, manifestato la mia comprensione e la mia apertura mentale nei loro confronti e in quelli dello *staff* dell'ospedale che era sempre assai collaborativo e pronto a spiegarmi in profondità tutto ciò che i pazienti condividevano con me.

La caposala mi disse che condivideva i miei sospetti e che sarebbe stata felice di parlare con M. D.

Nel pomeriggio, prima di entrare in reparto, andai a trovare la caposala. Aveva parlato a lungo con M. D. e questa, alla fine, aveva ammesso che quando le era iniziato il dolore addominale, era stata dal guaritore tradizionale che le aveva detto di essere stata "stregata" e di avere qualcosa che le si muoveva nell'addome; poiché non aveva soldi per eseguire le disposizioni del guaritore tradizionale, aveva sperato che in ospedale avessimo potuto farle un'operazione per rimuovere quella massa addominale. La caposala l'aveva rassicurata che, dal momento che non aveva i soldi per fare quello che il guaritore tradizionale le aveva detto di fare,

non doveva avere alcuna paura di essere punita dagli spiriti degli antenati, anche se doveva fare del suo meglio per procurarsi al più presto il denaro necessario per eseguire le disposizioni.

A queste parole M. D. si era tranquillizzata. Quando la rividi nel reparto, non aveva più alcun dolore e richieste di essere dimessa. Tornò a casa il giorno dopo, sentendosi bene.

CRISI DELL'ASSISTENZA MEDICA

Parlando con molte persone provenienti da nazioni differenti, ho potuto constatare una generale insoddisfazione nei confronti del servizio sanitario (dal punto di vista amministrativo), e dell'assistenza medica (dal punto di vista del rapporto col medico).

La pubblica percezione di una crisi nel modo di curare i pazienti è costituita da una serie di componenti diverse: costi insostenibili, difficoltà ad accedere alle cure mediche a causa della cattiva distribuzione della loro dislocazione e specializzazione, malcontento per la "qualità" dell'incontro con il medico quelle volte che avviene. Paradossalmente, tutto ciò capita in un tempo in cui la biomedicina ha notevolmente accresciuto il suo potenziale per rendere migliore il curare il paziente.

In questa presentazione mi occuperò principalmente della crisi dell'assistenza medica.

Liberandoci dei modi di vedere "etnocentrici" e "medico-centrici", possiamo iniziare a riconoscere importanti tematiche finora sistematicamente ignorate poiché tutti noi siamo il frutto del "modello biomedico".

Di solito, nella scienza, il processo di cambiamento inizia quando un determinato paradigma ufficiale incontra delle anomalie che di per sé, dopo un periodo di resistenza, danno origine a uno stato di crisi. Il fallimento della scienza ufficiale nel risolvere i problemi creati dalle anomalie crea, così, un senso di insicurezza e da questo stato di cose, se il vecchio paradigma non riesce

ad affrontare e risolvere la crisi, in genere emerge un nuovo paradigma.

In medicina, il vecchio paradigma, diversamente conosciuto come il “modello biomedico”, può essere descritto come segue:

- i pazienti soffrono di disturbi che possono essere esaminati a prescindere dalla persona che li presenta e dal suo contesto sociale;

- i disturbi mentali e fisici possono essere presi in considerazione separatamente, fatta eccezione per un certo gruppo di disturbi psicosomatici in cui la mente sembra agire sul corpo;

- ogni disturbo ha uno specifico agente causale: scoprire tali agenti è il principale obiettivo della ricerca. Dato un certo livello di resistenza del singolo, il manifestarsi del disturbo può spiegarsi come il risultato dell'esposizione ad un determinato agente patogeno;

- il principale scopo del medico è diagnosticare il disturbo del paziente e prescrivere un rimedio specifico mirato a rimuovere la causa o ad alleviare i sintomi;

- in questo processo, il medico è solitamente un osservatore imparziale e il paziente un destinatario passivo.

In determinate condizioni (per esempio nell'ambito della ricerca o in ambienti accademici), questo paradigma può ancora avere successo ai nostri giorni. In medicina generale però si incontrano anomalie che sono difficili da ignorare!

Anomalie incontrate dal vecchio paradigma

1) L'anomalia “malattia/disturbo”

Una grossa quantità di malati visitati in medicina generale non possono rientrare in una specifica categoria in base ad un'anomalia fisiologica o anatomica. Ad esempio, alcuni disordini mentali sono chiaramente collegati a una patologia cerebrale, altri a una disordinata funzione cerebrale, altri ancora a un comportamento patologico; e comunque, la maggior parte di quelli esami-

nati dai medici generici è causata da crisi esistenziali o da problemi interiori, piuttosto che da malattie nel senso classico.

In una prospettiva più generale gli studi antropologici e sociologici giustificano la distinzione concettuale che a me piace fare fra disturbo e malattia. Tale distinzione ritiene che il disturbo, nel paradigma medico occidentale classico, sia un cattivo funzionamento o un adattamento dei processi biologici e psicofisiologici dell'individuo; mentre la malattia include le reazioni e il disagio personali, interpersonali e culturali che il disturbo stesso ha provocato.

Poiché l'esperienza della malattia è un'intima parte dei sistemi di riferimento e delle regole di comportamento sociali, essa è fortemente influenzata dalla cultura: è, come vedremo, culturalmente costruita ed espressa. La malattia è influenzata dalla cultura nel senso che il modo in cui noi percepiamo, sperimentiamo e affrontiamo il disturbo è basato sulle nostre spiegazioni della malattia, spiegazioni derivanti dalle posizioni sociali che occupiamo e dai sistemi di riferimento che impieghiamo.

Infatti è stato dimostrato che esse influenzano le nostre aspettative e percezioni dei sintomi, il nostro modo di assegnare ad essi il nome di una particolare malattia, e le valutazioni e le risposte che scaturiscono da quel dato nome. Il modo in cui parliamo dei nostri problemi di salute, la maniera in cui rappresentiamo i nostri sintomi, quando e da chi siamo andati a farci curare, quanto tempo siamo rimasti in cura, e come valutiamo quella cura, è tutto influenzato da convinzioni culturali: impariamo a essere malati secondo *cliché* approvati dalla società e dalla cultura in cui viviamo.

Malattia e disturbo, così definiti, non stanno in rapporto uno-a-uno. Livelli simili di patologia organica possono generare dolore e sofferenza alquanto differenti in pazienti diversi, e anche nello stesso paziente in momenti diversi della sua vita; ci può essere malattia in assenza di disturbo (il 50% delle visite che si fanno dal medico sono fatte per lamentare disturbi che non possiedono un'accertabile base biologica); spesso il decorso di un disturbo è distinto dall'evoluzione della malattia che esso accompagna. Inoltre, i rimedi prescritti dai medici per curare un disturbo possono risultare fallimentari, nonostante la loro efficace azione

farmacologica, quando i pazienti non riescono a seguire le prescrizioni del medico perché non comprendono (o non sono d'accordo con) quanto i medici hanno stabilito essere necessario fare.

Malgrado l'affermazione che i medici moderni diagnosticano e curano disturbi mentre i pazienti soffrono di malattie possa suonare un poco drastica, rimane il fatto che la biomedicina è principalmente interessata a individuare e curare il disturbo, e non a guarire la persona. E questo orientamento è così radicato che la formazione professionale dei medici tende a sottovalutare la malattia e la guarigione da essa (nel senso in cui ho detto prima). La biomedicina ha sempre più messo da parte l'esperienza della malattia come oggetto legittimo di interesse clinico. Portato al suo estremo, questo orientamento, così efficace nel generare interventi tecnologici, porta a una "pratica veterinaria", per così dire, della medicina.

La visione biomedica della realtà clinica sostenuta dal moderno personale sanitario, sia in nazioni sviluppate che in quelle in via di sviluppo, afferma che gli aspetti biologici sono più importanti, "reali", clinicamente significativi e interessanti rispetto alle tematiche psicologiche e socioculturali. Il disturbo, e non la malattia, è l'interesse principale; curare, e non guarire, è l'obiettivo più importante. La cura, vista in questa prospettiva, enfatizza il "guasto" tecnico da sistemare, piuttosto che il guardare alla persona nel suo insieme, per cui si interessa di più delle forme tecniche di assistenza clinica piuttosto che del loro "significato". Diremmo che tratta il paziente come una "macchina".

Contrariamente al pensare comune degli operatori sanitari, questo approccio biomedico è frutto di una cultura ben specifica (quella occidentale) ed è guidato da un certo tipo di valori e di punti di riferimento tipicamente occidentali che, a loro volta, forniscono un paradigma molto specifico e limitato su come guardare ai pazienti e su come curarli.

La crisi contemporanea è emersa anche perché pazienti e gente comune hanno trovato sempre più tale orientamento inadeguato. Questa sistematica disattenzione alla malattia è in parte responsabile, a volte, della mancanza di collaborazione da parte del paziente, dell'insoddisfazione sua e della famiglia nei confronti

dell'assistenza medica, e anche delle inadeguate cure cliniche. E può essere anche un fattore determinante del crescente ricorso a sistemi di cura alternativa.

2) L'anomalia "eziologia specifica"

Hinkle e i suoi colleghi (1974) in uno studio fatto nel corso di vent'anni hanno dimostrato che la frequenza di un certo disturbo non dipende principalmente dalla presenza di uno specifico agente eziologico, poiché, in una popolazione omogenea, disturbi diversi non sono distribuiti in modo uniforme in tutta la popolazione. Se si vuole quindi capire il rapporto tra salute e disturbo, bisogna conoscere non solo i vari agenti eziologici, ma anche quei fattori che proteggono le persone da tali agenti o le rendono più vulnerabili ad essi (per esempio supporto familiare, fede religiosa nel primo caso, stress, solitudine nel secondo, ecc.).

3) L'anomalia "mente/corpo"

Riesaminando l'argomento dell'ambiente sociale e della resistenza del corpo alle malattie, Cassel, nel 1976, formulò tre postulati, che erano supportati dalle prove sperimentali raccolte:

- a) i fattori sociali di solito aumentano o diminuiscono la predisposizione alle malattie in genere, non ai disturbi specifici;
- b) i meccanismi coinvolti sono di natura generale;
- c) i supporti sociali agiscono ammortizzando gli effetti dei fattori stressanti ambientali.

L'influenza della mente sulla salute del corpo segue come percorso principale i sistemi nervoso, endocrino e immunitario. Le manifestazioni principali della Sindrome di Adattamento Generale (GAS), descritta da Selye nel 1956, sono ipertrofia della ghiandola surrenale, involuzione timica ed elevati livelli di corticosteroidi (che sono immuno-soppressivi).

4) L'anomalia "effetto placebo"

Le precedenti anomalie mettono in dubbio le supposizioni riguardanti la causa del disturbo; l'anomalia dell'effetto placebo

mette in dubbio la supposizione riguardante la specificità della terapia. Esso si verifica quando un paziente risponde alla forma, ma non al contenuto della terapia; può seguire qualsiasi modalità terapeutica, comprese quelle dove non viene somministrato alcun tipo di cura fisica; può anche essere dannoso (provocando effetti indesiderati e assuefazione), e può variare dal 10 al 90% dei casi. Brody (1980) ha fatto notare che secondo lui l'effetto placebo si verifica con maggiore probabilità se:

- viene fornita al paziente una spiegazione della sua malattia che sia adeguata alla sua visione culturale;
- ci sono delle persone disposte a sostenere il paziente;
- la cura prescritta porta il paziente ad acquistare padronanza e controllo sulla malattia.

UN NUOVO PARADIGMA

Uno dei tentativi fatti per dare una risposta a questa crisi dell'assistenza medica è il “modello biopsicosociale” di malattia che ha fornito un grosso contributo per un approccio più globale, più olistico dell'assistenza del paziente.

Esso è nuovo nel senso che, nonostante affondi le sue radici in una tradizione che risale agli antichi greci, include ciò che abbiamo appreso nell'ultimo secolo. Secondo questo paradigma nascente, sviluppato per tener conto delle anomalie che abbiamo passato in rassegna, il disturbo non viene concettualmente separato dalla persona, né la persona dal suo ambiente. Ciò implica conseguenze importanti sia per il metodo clinico che per il modo con cui il medico tratta il paziente. Infatti anche il rapporto fra medico e paziente ha un profondo effetto sulla malattia e sul suo decorso.

Il nuovo paradigma si basa sulla *Teoria del Sistema Generale* che cerca di affrontare i problemi includendo tutte le relazioni significative. I suoi punti essenziali sono:

- 1) la Natura è ordinata secondo una gerarchia di sistemi;

2) ciascun livello è un tutto in sé e, nello stesso tempo, parte di un tutto più grande;

3) ciascun sistema ha caratteristiche che sono specifiche di quel livello;

4) comprendere il tutto richiede la conoscenza dello scopo del sistema;

5) l'intero è diverso dalla somma delle sue parti;

6) tutti i sistemi viventi sono sistemi aperti, che comunicano a doppio senso, in uno stato di equilibrio dinamico sia interno che esterno;

7) tutte le parti sono interdipendenti fra di loro.

Secondo il nuovo paradigma, comprendere i pazienti olisticamente richiede nei medici non solo conoscenza e abilità, ma anche gentilezza e compassione.

Fin dal secolo scorso la medicina è stata dominata dalla credenza che l'unica conoscenza valida fosse quella ottenuta tramite il metodo empirico. La saggezza distillata nei secoli riconosce, invece, tre livelli di esistenza: trascendente, mentale e fisica.

Il livello superiore ha capacità che non si trovano nel livello inferiore, e ciascun livello ha un suo modo di conoscere, che è:

– sensoriale per la sfera fisica (le nostre percezioni però devono essere addestrate);

– simbolico per la sfera mentale, tramite le parole, i gesti, le espressioni (anche il nostro “orecchio interiore” deve essere però esercitato all’ascolto; e non va dimenticato che possiamo comprendere gli altri nella misura in cui conosciamo noi stessi);

– contemplativo e intuitivo per la sfera trascendente; e questo livello non può essere raggiunto dall’intelletto, ma dal cuore, e il suo primo prerequisito è la fede nell’esistenza di un livello di conoscenza fuori dalla portata dei nostri sensi.

Non si dovrebbe allora, alla luce di tutto ciò, riesaminare cos’è la conoscenza medica, che cosa dovremmo sapere dei nostri pazienti e la maniera di acquisire tale conoscenza?

Costruzione culturale della realtà clinica

Per espandere ulteriormente l'approccio biopsicosociale alla cura del paziente, dobbiamo anche includere i fattori culturali ed etnomedici.

I fattori culturali, a cui abbiamo già accennato, di solito emergono nella pratica clinica sotto forma di specifiche credenze etnomediche (supposizioni, aspettative, interpretazioni, attitudini) che riguardano il corpo, le sue normali funzioni, il sé, la famiglia e la rete sociale, le cause e le conseguenze della malattia, la patologia, il tipo di aiuto e di cura cercati, l'ubbidienza al medico, la soddisfazione provata e molti altri fattori correlati.

Nonostante tutto ciò sia più evidente nei pazienti di certi gruppi etnici, tutti i pazienti conservano credenze popolari che possono influire sulla malattia e sui risultati della cura. Kleinman et alii (1978) hanno fatto riferimento a ciò come alla «costruzione culturale della realtà clinica». È difficile per i medici accettare che la loro percezione della realtà clinica, basata sulla patologia, sia solo una delle varie possibilità. Se la «costruzione» del paziente è diversa, e non viene fatto nessun tentativo per colmare il divario, il probabile risultato sarà spesso una rottura nella comunicazione e un fallimento della cura. Così come l'orientamento etno-medico dei pazienti può facilitare o ostacolare la cura, anche l'orientamento etno-medico dei medici può creare un'opportunità o delle barriere per un'efficace pratica clinica.

Queste credenze etno-mediche possono essere di due tipi: il medico infatti, solitamente inconsciamente e senza rifletterci troppo, possiede atteggiamenti e aspettative che derivano, da un lato, dal proprio retroterra culturale e, dall'altro, dalla sua dottrina professionale frutto di una particolare cornice istituzionalizzata di valori, che prende il nome di biomedicina.

Tali difficoltà di comprensione reciproca medico-paziente raggiungono il massimo quando c'è un ampio divario culturale fra i due, poiché è un principio generale della comunicazione umana che le difficoltà aumentino con la distanza culturale fra i partecipanti (Bochner, 1983), per cui può risultare difficile interpretare il comportamento di una persona appartenente ad un altro gruppo

etnico. È difficile, per esempio, individuare una depressione in un paziente appartenente a una cultura molto diversa. Le difficoltà sorgono sia nella comunicazione verbale che in quella non verbale.

Ogni rapporto è un'esperienza interculturale

Le differenze culturali non sono solamente etniche. Si deve ricordare, infatti, che esse non riguardano solo persone appartenenti a razze diverse, ma si verificano anche nei consulti tra medico e paziente che fanno parte dello stesso gruppo etnico. Può essere errato supporre che le credenze riguardanti la salute siano le stesse solo perché ci si sta occupando di un paziente che appartiene alla nostra stessa cultura. La medicina stessa è una subcultura, con il suo bagaglio di supposizioni e aspettative, anche se non sempre dichiarate.

Un paziente che entra in questa subcultura è dunque nella stessa posizione di un viaggiatore che visita un paese straniero. Ciò mette il paziente in uno stato di ulteriore svantaggio, oltre a quello di sentirsi vulnerabile per la sua malattia e (in genere) per mancanza di conoscenza medica. È dunque responsabilità del medico essere consapevole delle potenziali difficoltà di comunicazione e fare tutto il possibile per mitigarle.

Bisogna poi stare bene attenti, inoltre, che anche sottogruppi culturali, definiti per età, classe sociale, sesso, istruzione, occupazione o luogo di provenienza, possono manifestare una distanza culturale fra di essi e, dunque, difficoltà nella comunicazione.

In questo senso lato, tutti i consulti sono multiculturali, in un modo o nell'altro. Direi di più: ogni rapporto interpersonale è un incontro tra culture diverse, e, in questo senso, ad esso si può applicare tanto di ciò che diremo riferendoci al consulto.

Certo, il processo è difficile, ma una cultura diversa dalla propria (anche nel senso più ampio descritto sopra) si può conoscere. Il problema principale da affrontare per chi vuole conoscere è, però, che le regole che governano il comportamento degli individui di un determinato gruppo culturale non sono tutte esplicite. I membri indigeni di un gruppo culturale imparano tali regole in modo implicito, a livello inconsapevole. E a meno che non

abbiano la rara abilità di guardare la loro stessa cultura dall'esterno, essi non sono mai consapevoli del fatto che il loro comportamento sia governato da regole. Lo stesso vale per le supposizioni di una cultura; di rado vengono rese esplicite!

L'arte del curare un paziente di cultura diversa

Un approccio specifico viene suggerito da George Deagle. Egli non ha scritto regole e norme sul rapporto con chi appartiene a una cultura diversa, piuttosto ha avuto l'ispirazione di parlare di arte che, a mio parere, significa fantasia, immaginazione, flessibilità o, detto in altro modo, è frutto d'amore, di quel genere d'amore che «è un impegno, un atto di volontà», e che significa «ricercare il bene dell'altra persona, incondizionatamente».

Secondo Deagle l'arte del rapporto interculturale consiste nell'imparare come trascendere la nostra cultura in modo da formare un'alleanza terapeutica positiva con i pazienti che sono diversi da noi. Per sviluppare quest'arte si richiede un passo basilare: comprendere la propria cultura. A questo fine è utile prendere in esame due domande basilari:

Cosa significa "cultura"?

Come possiamo migliorare la nostra efficacia negli ambienti interculturali?

Il termine cultura, possiamo dire, si riferisce a quell'insieme di atteggiamenti, abitudini e valori condivisi che viene trasmesso da una società ai suoi membri (Ellis, 1996).

Come dichiara Hall (1976), «l'autoconsapevolezza e la consapevolezza della propria cultura sono inseparabili, il che significa che il superamento della propria cultura, che avviene ad un livello inconscio, non può essere compiuto senza un certo grado di autoconsapevolezza».

Noi tutti siamo convinti che i nostri modelli di comportamento siano "normali", tanto che spesso descriviamo le persone di altre culture come "diverse", "strane", "primitive", "grossolane". L'uso che facciamo di tali termini spesso rivela un atteggiamento

mento di fondo in noi: cioè che la nostra cultura sia superiore, più avanzata e preferibile alle altre; non solo diversa, ma migliore.

Keesing (1981) ha usato una metafora molto efficace per far capire la difficoltà di analizzare codici o valori culturali. Ha paragonato i nostri codici e valori culturali individuali ad occhiali con lenti deformanti: le cose, gli eventi e le relazioni che diamo per scontato («sono proprio così!») vengono, in effetti, filtrate attraverso questo filtro interpretativo. Vedere i modi di vita degli altri attraverso i nostri stessi occhiali culturali viene chiamato etnocentrismo. Divenire consapevoli dei nostri occhiali culturali è un processo a volte doloroso.

Come possiamo allora essere più efficaci nel prenderci cura di qualcuno appartenente ad una cultura diversa? Ci sono determinati passi concreti che si possono fare in questo senso:

- essere pronti a condividere situazioni giornaliere con membri dell'altro gruppo culturale;

- se possibile, imparare i loro gesti e la loro lingua;

- poiché il pensiero inconscio si esprime anche nel linguaggio figurato, sviluppare e usare metafore culturalmente compatibili. Ciò può essere fatto ascoltando il modo in cui le altre persone usano tali metafore. Un paziente anziano depresso, per esempio, può dire di sentirsi «come un salmone che non ha più l'energia di nuotare e che il fiume sta trascinandolo all'indietro»; oppure di sentirsi «come un limone spremuto», ecc.;

- ricordare che le culture sono dinamiche e che nessun individuo sa come tutti i “canoni inconsci” operino in una cultura. È più importante osservare quello che le persone fanno nelle situazioni di vita reale piuttosto che sentire ciò che dicono di fare. E se i membri di un gruppo culturale censurano o criticano il comportamento di un singolo membro stare attenti al fatto che un tale comportamento segna un confine attorno ai codici e i valori “normali” di quella cultura;

- essere molto pazienti e procedere molto lentamente. Sbagli iniziali, sviste o ignoranza possono precludere in modo permanente la possibilità di essere accettato nella benché minima relazione con i membri del gruppo. I codici culturali devono essere

rispettati persino nelle questioni più semplici come il vestiario, lo spazio interpersonale o il contatto fisico. Le stesse abilità che possediamo come medici e che usiamo nei consulti possono essere impiegate in questo critico periodo preliminare;

– essere preparati a sperimentare qualche difficoltà. È difficile e talvolta doloroso scoprire alcuni aspetti di sé e diventare consapevoli che spesso i nostri “occhiali” culturali sono stati una lente che ha distorto ciò che avevamo percepito come realtà oggettiva. Superare la propria cultura significa scoprire che anche noi abbiamo dei miti e delle metafore che spesso non sono più validi e veri di quelli di altre culture. Riconoscerlo può essere doloroso, ma le altre culture, in genere, non sono migliori o peggiori, non più ricche o più povere della nostra: esse sono semplicemente diverse.

Nella mia esperienza personale ho anche constatato che una conoscenza basilare della cultura dei nostri pazienti (spesso così diversa dalla nostra!) deve provenire anche dal di fuori del nostro consulto, quel tanto che basti a far sentire al paziente che si conosce, si apprezza e si rispetta la sua cultura.

Una conoscenza ulteriore può poi provenire: direttamente dai pazienti, anche se non attraverso domande dirette, ma tramite un “saper leggere tra le righe”; o dalle persone con cui lavoriamo più a stretto contatto. A tal proposito condivido pienamente la stessa esperienza di Miller (1996): «Nella mia pratica personale, ho trovato che il mio *staff* è un’ottima fonte di informazioni nelle interazioni interculturali. Essi mi raccontano le reazioni dei pazienti e mi forniscono altri spunti. Questo loro contributo è incoraggiato dal mio ascolto rispettoso, fatto senza stare sulle difensive e con gratitudine. La quantità di informazioni condivise dipende dall’interesse che dimostro. A volte invogliare i commenti da parte del paziente sul contenuto o sullo stile del consulto ha migliorato la mia autoconsapevolezza e sembra aver accresciuto la soddisfazione del paziente».

Il mistero: culla di vera arte e scienza

Chiaramente, come abbiamo detto prima, il nuovo paradigma deve affrontare anche l’arroganza o la sufficienza di quei me-

dici che riescono a pensare solo nei termini del modello biomedico. Sono convinto che una delle ragioni di tale atteggiamento sia in realtà l'ignoranza. Infatti, formalmente si insegna pochissimo sull'argomento e la maggior parte dei medici occidentali spesso non conosce le idee che i pazienti hanno sulle cause delle loro malattie o il loro concetto di salute o di stato di malessere. Inoltre, anche se il medico volesse capire il paziente, egli si rende conto di conoscere molto poco della sua vita reale e delle sue percezioni; se poi il paziente proviene da un ambiente diverso, il divario è ancora più evidente. In maniera più specifica, la maggior parte dei medici generici occidentali, quando si trova in ambulatorio pazienti neri, possiede solo una vaga idea delle loro credenze riguardo alla stregoneria, ai guaritori tradizionali e ai loro rituali; i medici moderni, poi, anche se riconoscono la presenza del guaritore tradizionale, in genere mostrano poco interesse per ciò che il guaritore tradizionale fa.

In ogni caso, a mio parere, un altro motivo di un certo atteggiamento di sufficienza sta nel fatto che, anche se inconsciamente, siamo frutto di un certo modo di pensare che ci porta a voler dare sempre a tutto, e ad ogni costo, una spiegazione "razionale" (che poi a volte vuol dire secondo i nostri schemi!), quasi a eliminare ogni sorta di mistero.

Per spiegare meglio cosa intendo dire bisogna spendere qualche parola sul «problema della demarcazione».

Il problema della demarcazione

Includere l'aspetto culturale nel modello biopsicosociale, come abbiamo già detto, non significa solo considerare l'influenza culturale sulla malattia, ma anche sul processo di guarigione.

In questo senso è importante considerare il ruolo della medicina tradizionale (popolare) nelle varie culture.

Questa è un'altra grossa questione poiché i medici occidentali che seguono l'approccio biomedico a volte non accettano, non comprendono, non credono, o non sanno molto a proposito della medicina tradizionale nelle sue varie forme.

In realtà, la medicina tradizionale è stata sempre poco considerata o persino ignorata dalla medicina e dal mondo occidentali.

Per esempio, i tribunali occidentali riconoscono i medici qualificati come “esperti” di molte materie, mentre i guaritori tradizionali non sono così riconosciuti. Per quale motivo la professione medica ha un suo *status* intellettuale riconosciuto da tutti? Più precisamente, cos'è che rende la scienza medica occidentale più credibile della stregoneria e dell'attività dei guaritori tradizionali in genere o dei guaritori spirituali (che usano preghiere per guarire)?

Tale questione, o piuttosto la sua generalizzazione, è uno dei problemi fondamentali della filosofia della scienza: il problema della *demarcazione*. Esso non è semplicemente una definizione di termini; il problema è in pratica quello di spiegare perché, tutto sommato, dovremmo prendere più seriamente in considerazione le affermazioni e le teorie della scienza empirica (e in particolare quelle della scienza medica), piuttosto che quelle della stregoneria, dei guaritori, ecc.

Tale problema è di seria importanza per la medicina poiché la base della pratica della medicina occidentale sembrerebbe essere la nostra conoscenza scientifica delle malattie, delle loro cause e delle loro cure. Se dobbiamo spiegare perché le teorie della scienza empirica e la pratica della medicina occidentale sono preferibili dal punto di vista della verità a quelle del cosiddetto stregone, allora abbiamo bisogno di risolvere il problema della *demarcazione*.

Ed è importante rendersi conto del perché sia così. Per esempio, se un paziente che ha la febbre alta va da un medico, e il medico, dopo un esame, diagnostica un'infezione batteriologica e gli prescrive della penicillina, sta facendo uso di una considerevole quantità di conoscenza scientifica. Se lo stesso paziente andasse da uno stregone, le tecniche di esame, la diagnosi e la cura prescritta sarebbero molto diverse. Ad esempio, l'esame potrebbe comprendere uno studio delle interiora di un pollo; la diagnosi potrebbe essere che la febbre è il risultato di una maledizione; e la cura prescritta potrebbe essere una sorta di purificazione rituale o qualche altro tipo di azione simbolica (come ad esempio con-

ficcare degli spilli in un'immagine della persona identificata come quella che ha provocato la maledizione). Tali prescrizioni sono, naturalmente, "rituali" o "simboliche" dal nostro punto di vista (e in realtà, oserei dire, lo sono); ma dal punto di vista del "ciclo magico" della stregoneria esse non sono né rituali, né simboliche. Esse sono strumentali e tecnologiche. In altre parole, data la visione del mondo dello stregone – cioè date le sue teorie – le sue tecniche di esame e diagnosi e la cura prescritta sono per lui "razionali" come le loro controparti occidentali.

Così, abbiamo bisogno di segnare una linea di demarcazione fra la "genuina" scienza empirica, "meritevole" di essere presa sul serio dal punto di vista della verità, e le "superstizioni pseudoempiriche", come le teorie degli stregoni, non altrettanto "attendibili" e "meritevoli".

Nella tradizione filosofica britannica la soluzione comunemente accettata a questi problemi prende origine dalla filosofia induttiva di Francis Bacon. Secondo la sua opinione, ciò che distingue la genuina scienza empirica dalla superstizione pseudoempirica è l'uso di un determinato metodo: quello induttivo. La scienza empirica è il prodotto della sua applicazione, la superstiziosa pseudoscienza non lo è. Ciò che contraddistingue lo scienziato (colui che impiega l'induzione) è che egli inizia sempre la sua investigazione del mondo senza idee preconcrete: egli si accosta al mondo a "mente aperta" e fa osservazioni empiriche oggettive, fatte senza pregiudizi. Solo dopo aver raccolto una sufficiente quantità di osservazioni oggettive egli inizia a cercare, usando tali osservazioni, di scoprire le cause di un certo fenomeno o le sue spiegazioni, e questo avviene per mezzo del metodo induttivo arrivando a tali cause o spiegazioni a partire dalle osservazioni effettuate.

Al contrario, il metodo della superstizione o, come Bacon lo chiama (in Briskman, 1987), il metodo della speculazione – nel senso negativo –, è alquanto diverso. Questo piuttosto che permettere che le nostre idee si formino a partire dai fatti osservati, ci fa iniziare dalle idee – ossia da mere congetture circa le cause e le spiegazioni dei fenomeni – per poi farci procedere, come abbiamo visto fare allo stregone, con la ricerca della prova empirica

o osservativa per poi sostenere o “confermare” le idee preconcelte formulate. Così, coloro che usano tale metodo non iniziano a “mente aperta” dai fatti per poi formulare delle idee a seconda delle osservazioni (come fanno gli scienziati); ma piuttosto iniziano con un’idea e cercano di conformare le osservazioni a quell’idea (in Briskman, 1987).

La soluzione induttiva al problema della demarcazione è stata, però, rifiutata da Hume (in Briskman, 1987). Secondo quest’ultimo, infatti, lo stesso metodo induttivo richiede una «superstizione pseudoempirica»: ogni ragionamento induttivo (dagli effetti alle cause oppure dai particolari alle leggi universali), infatti, deve far uso di una supposizione nascosta, quella secondo cui gli effetti osservati sono una buona guida per risalire alle cause che ne sono alla base oppure che i particolari sono delle buone guide per risalire alle leggi universali. Questa supposizione, spesso chiamata «principio di induzione», si rivela, alla fine, un’idea preconcelta, che può ricevere un supporto empirico solo se per prima viene presupposta.

Secondo Popper (in Briskman, 1987), ciò che delimita il confine attorno alle teorie della scienza empirica non è il fatto che esse siano state raggiunte tramite osservazione, ma piuttosto il fatto che esse siano aperte a critiche frutto dell’osservazione e dell’esperienza empirica. Ciò che le rende meritevoli di seria considerazione, dal punto di vista della loro veridicità, non è il fatto che abbiamo buone ragioni empiriche per credere alla loro fondatezza, quanto piuttosto il fatto che esse siano soggette a test empirici di falsificazione, e che dopo aver impiegato ogni sforzo nel tentativo di falsificarle, esse abbiano resistito a tali tentativi.

Viceversa, ciò che rende le teorie degli stregoni indegne di seria considerazione, dal punto di vista della loro veridicità, non è il fatto che non esistano buone ragioni empiriche per credere alla loro fondatezza, quanto piuttosto il fatto che esse siano o immuni da qualsiasi tentativo di confutazione empirica o facilmente confutabili.

Ora la questione del problema della demarcazione non è solo un tema filosofico che appartiene al passato o alla speculazione degli specialisti. Comunque, nonostante sia stato detto che «ciò che è sbagliato nella, diciamo, guarigione miracolosa, non è

il fatto che essa non abbia una “base scientifica”, se con ciò intendiamo dire che al momento non riusciamo a dare alcuna spiegazione scientifica della sua efficacia; dopo tutto è assolutamente possibile che tali pratiche siano puntualmente efficaci nel, diciamo, curare il cancro; se fosse così, il fatto che non riusciamo a spiegarcele all’interno dell’attuale scienza medica, non vuol dire che la guarigione miracolosa sia inefficace, ma piuttosto, che la nostra attuale conoscenza scientifica è difettosa» (Briskman, 1987), e anche che «se la storia della medicina non ci insegna nulla, essa almeno ci insegna che non ci sono oracoli» (Briskman, 1987), resta il fatto che i vari Bacon, Hume e Popper, appartengono in ogni caso alla cultura occidentale col suo modo di pensare e di guardare la medicina, e ciò, anche se inconsciamente, ci induce a creare “oracoli” basati sulle nostre stesse convinzioni limitate che poi influenzano la nostra attività giornaliera. Difatti, assolutizzare ciò che sperimentiamo ci porta spesso a sottovalutare ciò che sperimentano gli altri, o ciò in cui credono; e non mi riferisco solo ai pazienti, e non mi riferisco solo a credenze o stregonerie (verso le quali è comprensibile un tale atteggiamento), ma in generale alla difficoltà di accettare modi di vedere diversi di persone di altre subculture (intese nel senso generale che dicevo prima).

Dal modello teorico al metodo clinico

Il modello biopsicosociale è un’astrazione. Per essere utile nella pratica, esso deve produrre un metodo clinico che eguagli, in potenza, quello derivato dal modello biomedico, che ha grandi punti forti e che, molto schematicamente, suona così: «trova il principale disturbo, fanne la storia, esamina e indaga il paziente in questo modo, e così arriverai o a una diagnosi, oppure escluderai la patologia organica».

Questo approccio fornisce poi anche un criterio di conferma, in quanto esami accurati diranno al medico se aveva ragione o torto.

In letteratura medica troviamo diversi tentativi di sviluppare un nuovo metodo clinico basato sul modello biopsicosociale.

Fra gli altri autori, Michael Balint presenta il concetto di una «diagnosi più profonda». Egli mostra l'importanza di non accogliere i sintomi offerti dal paziente e di etichettarli subito, ma di approfondire il caso, in modo da comprenderlo meglio, e così ridurre il numero di volte in cui il medico deve prendere una decisione alla cieca basata solo su una diagnosi fisica. Enfatizza molto l'importanza dell'ascolto attento e della relazione medico-paziente. E nonostante egli abbia principalmente parlato di esperienze con pazienti che soffrivano di turbe psichiche, il suo contributo è stato valido per impostare un approccio più olistico in generale.

Dal momento che l'ascolto è dimensione assai importante in un consulto corretto, vorrei spendere alcune righe in proposito.

Ascoltare il paziente con completa attenzione è una disciplina assai difficile. Richiede intensa concentrazione su tutto ciò che il paziente cerca di dire, sia verbalmente che in altri modi, apertamente o con quei segnali assai sottili per mezzo dei quali i pazienti esprimono particolari significati.

L'ascolto attento richiede che ci svuotiamo di noi stessi, ci liberiamo da preoccupazioni e distrazioni personali e mettiamo da parte per un momento i nostri preconcetti e schemi di riferimento. Carl Rogers (1980) lo esprime molto bene: «ascoltare attentamente significa dare la propria totale e indivisa attenzione all'altra persona e dirle quanto siamo interessati e preoccupati per lei».

Ascoltare è un processo esigente e difficile che non dobbiamo intraprendere se non abbiamo profondo rispetto e cura dell'altro. Dobbiamo ascoltare non solo con le orecchie, ma anche con gli occhi, la mente, il cuore e l'immaginazione. E ascoltare anche ciò che avviene dentro di noi, oltre che quello che sta accadendo nella persona che abbiamo davanti. Ascoltare le parole dell'altro, ma anche i messaggi inclusi nelle parole. Ascoltare il tono della voce, e cogliere la mimica e il linguaggio del corpo dell'altro. Siamo attenti ascoltatori solo quando ci concentriamo interamente su ciò che viene detto e le circostanze in cui ciò avviene, non quando usiamo un ascolto selettivo che ci porta a filtrare solo ciò che ci interessa e concorda con le nostre percezioni. Si tratta di cercare semplicemente di assorbire tutto ciò che l'interlocutore sta dicendo in modo verbale e non verbale senza aggiungere, sottrarre o rettificare alcunché. Ve-

dendo le cose da questa ottica è opinione diffusa che i medici in genere non siano buoni ascoltatori!

Secondo una diversa prospettiva, idee assai innovative provengono da Kleinman e dai suoi colleghi (1978). Facendo riferimento a studi antropologici egli ha rivolto la sua attenzione sul fatto che i pazienti hanno dei modelli di spiegazione della malattia che subiscono l'influenza della propria cultura e che sono spesso discordanti col modello biomedico. Pertanto se il medico non esplora tra l'altro anche il modo in cui il paziente pensa la propria malattia il risultato sarà probabilmente insoddisfacente.

Poiché il modello biomedico non prende per nulla in considerazione questo punto, egli suggerisce prima di tutto una serie di domande mirate a far emergere dal paziente il significato che egli assegna alla sua malattia e i risultati terapeutici che si aspetta; a ciò deve seguire poi una spiegazione dell'interpretazione che il medico dà della malattia e, se necessario, una vera e propria "negoziante" col paziente riguardo la cura e il risultato atteso. In questo processo anche la famiglia gioca un importante ruolo.

Altri contributi interessanti sono arrivati anche dal lavoro di MacWhinney. Nel suo *A Textbook of Family Medicine* troviamo alcune illuminanti dichiarazioni: il medico di famiglia si occupa della persona piuttosto che di un particolare gruppo di malesseri; il medico di famiglia cerca di capire il contesto della malattia.

MacWhinney sviluppa un metodo clinico centrato sul paziente in cui tra l'altro afferma chiaramente che comprendere le aspettative, le sensazioni e le paure che il paziente ha riguardo la sua malattia, oltre che creare e mantenere una relazione terapeutica medico-paziente, dovrebbe essere l'obiettivo di ogni consulto.

Ovviamente anche il medico ha un suo obiettivo: saper interpretare la malattia tramite quanto gli è stato riferito dal paziente, esaminare disturbi presintomatici e i fattori di rischio, controllare la risposta alla cura; ma praticando questo metodo egli non solo raggiunge il suo obiettivo, ma asseconda anche le aspettative del paziente.

MacWhinney, in tal modo, sostituisce il concetto classico di diagnosi con quelli di «problema da risolvere» e «decidere sul da farsi» che ampliano l'ambito della gestione della malattia del pa-

ziente: la soluzione del problema del paziente, a volte, può avere ben poco a che fare con la diagnosi.

Su questa stessa linea di un metodo clinico maggiormente incentrato sul paziente, Fehrsen e Henbest nel 1993 presentarono il loro lavoro. Il loro primo passo fu annotare la valutazione del paziente su tre livelli: quello clinico, quello individuale e quello contestuale; e i loro primi tentativi riguardarono l'ampliamento del livello clinico con una valutazione contestuale e una individuale per ciascun problema presentato.

La valutazione clinica comprende i risultati dell'esame fisico del paziente e le indagini necessarie (in realtà si tratta ancora della classica valutazione biomedica).

La valutazione contestuale è strettamente legata al tipo di dati raccolti nell'anamnesi familiare e sociale del metodo tradizionale, ma acquista nuovo significato se la si collega a un problema specifico tramite un'analisi più ampia rispetto a quella rivolta a una mera ricerca di informazioni riguardante il *background* del paziente. Essa prende anche in considerazione come la malattia interferisce con la vita sociale del paziente, e le varie situazioni di supporto o di stress in cui è coinvolto.

La valutazione individuale parte dall'esigenza di stabilire le ragioni del consulto (che comprendono sia il problema in sé che l'idea che il paziente se ne è fatto, le sue aspettative, paure e sensazioni). Fintantoché il medico non scopre questi elementi non può sapere quali siano tali ragioni e anche se può immaginare di conoscerle, di fatto non ha il diritto di fare supposizioni non verificate. E tutto ciò, malgrado sia stato da tempo raccomandato dai maestri dell'arte della medicina, non è stato mai chiaramente preso in considerazione dal metodo biomedico tradizionale.

Una volta completata la valutazione e giunti alla comprensione delle aspettative e delle condizioni del paziente, il medico deve approntare un piano d'azione globale che deve tener conto non solo dei risultati clinici del consulto, ma anche di tutte le questioni importanti emerse dalla valutazione individuale e contestuale.

Per finalizzare un piano d'intervento che abbia successo, il medico deve, però, possedere un'abilità molto importante: quella di riuscire a far partecipare attivamente il paziente a tutto il pro-

cesso raggiungendo insieme un'unanime comprensione dei problemi individuati durante il consulto; scegliendo con lui l'azione appropriata per ciascuno di tali problemi; coinvolgendolo nella gestione della situazione e incoraggiandolo ad accettare di assumersi le dovute responsabilità a seconda dei casi.

La negoziazione con il paziente riguardo ciò che egli si aspetta che accada, dipende anche da dove risiedono le discrepanze di vedute tra lui e il medico, e se e quanto esse possono influenzare la cura. Per esempio, se il paziente accetta l'uso di antibiotici, ma crede che sia anche necessario bruciare dell'incenso, indossare un amuleto o consultare un indovino, il medico deve cercare di capire tale credenza e non deve necessariamente fare dei tentativi per cambiarla. Chiaramente è diverso il caso in cui c'è da parte del paziente una resistenza verso le prescrizioni che il medico pensa di fare o su altri punti essenziali del piano d'azione che egli propone.

Il processo di negoziazione pertanto può diventare il passo più importante nel processo di guarigione del paziente perché intanto serve a conquistare la sua fiducia onde evitare serie discrepanze di vedute sul modo di affrontare i vari problemi che sono stati evidenziati durante il consulto e in secondo luogo può servire ad aumentare le possibilità che il paziente segua la cura che si decide insieme e a ridurre la sua eventuale insoddisfazione.

Spesso, per motivi culturali o psicologici, i nostri pazienti sono assai timidi nel comunicare o a volte non gradiscono molto che vengano fatte loro delle domande. Il medico, quindi, ha bisogno di acquisire delle abilità specifiche per il consulto. In sintesi egli non solo ha bisogno di saper ascoltare, ma deve anche sapere: come iniziare un consulto con domande aperte; quando parlare e quando stare in silenzio; quando riflettere su ciò che il paziente dice; quando confrontarsi col paziente; quando e come tirare le somme di quanto è stato detto; come annunciare le brutte notizie; come consigliare; come saper "prendere" un paziente difficile.

Inoltre, altri suggerimenti per un consulto appropriato possono richiedere che si utilizzi un saluto caloroso e un passo iniziale non affrettato, oltre a manifestare serenità e calma; si faccia uso da parte del medico della comunicazione non verbale e del lin-

guaggio del corpo e si sappia cogliere quello del paziente; si discuta con lui il rapporto con la famiglia ed eventualmente con altri medici, amici, che hanno un ruolo importante nella sua vita, per valutare come questi ultimi possono essere coinvolti nel piano d'azione stabilito (questo è di vitale importanza soprattutto nella cura del malato cronico).

Inculturarsi nell'altro

Certo, ci si può sentire sgomenti di fronte a tutto ciò che è stato detto, specie se non si è mai stati esposti a un approccio diverso da quello biomedico coi propri pazienti, o se si è sempre svolto il proprio lavoro di medici senza mai pensare che una visione olistica avrebbe aggiunto qualcosa alle proprie diagnosi e cure.

In ogni modo dovremmo essere coscienti che: mai diventeremo perfette guide spirituali, consiglieri, psicologi, assistenti sociali, profeti o interpreti degli eventi della vita e quindi non dovremmo sentirci obbligati a rimpiazzare questi altri ruoli; gran parte della pratica medica si basa sul paradigma culturale occidentale dominante e dunque è rivolta alle aspettative e ai bisogni del paziente occidentale; non è sempre necessario e possibile rimuovere le proprie influenze culturali, ma è importante essere consapevoli che queste esistono (tale consapevolezza è spesso sinonimo di valorizzazione del paziente come persona); bisogna stare attenti a non imporre agli altri le proprie categorie culturali, etiche, religiose, sociali.

Occorre veramente “detrribalizzarsi”, perdendo la propria cultura. E perderla significa spostarla, affinché non venga a intralciare il nostro lavoro, e significa vederne la relatività. Solo se saremo così, distaccati dalla nostra cultura, potremo capire e imparare a valutare le altre culture, entrare nel pensiero dell'altro e coglierne le ricchezze.

Ora, è abbastanza facile ridurre parzialmente il divario se due persone, quando si incontrano, hanno mutuo rispetto; pertanto dobbiamo muoverci con cautela e con umiltà, come se si stesse incontrando un esperto che necessita di essere riconosciuto come tale (in effetti il paziente è un esperto in ciò che è la sua malattia!).

CONCLUSIONE

A mio parere l'approccio olistico ci permette una maggiore varietà di strategie e ci fornisce di ulteriori capacità nel delicato compito di avviare alla guarigione sia gli individui che i gruppi, ma soprattutto ci riporta al paziente visto come persona e in tal modo ci fa riscoprire noi stessi come persone e ci aiuta a prenderci cura degli altri con più efficacia.

Ci può aiutare a capire meglio come avere cura dei pazienti nel nostro tempo e nel nostro ambiente, insegnandoci a costruire un rapporto medico-paziente più vero. Un rapporto maggiormente centrato sul paziente che significa, tra l'altro, creare uno spazio vuoto dove il paziente può trovare un certo conforto e accoglienza; uno spazio vuoto che però non è passività, o assenza di pienezza, ma il risultato della proiezione di tutto il nostro essere (mente, corpo, spirito) nell'altro che è di fronte a noi. (In realtà ritengo che questo non sia un atteggiamento da tenere solo di fronte ad un paziente, ma di fronte ad ogni essere umano!).

Ma nonostante tutto quello che è stato detto, sono anche del parere che per quanto impegno ci si possa mettere nel fare un consulto, ancora «come navi che passano di notte, ci domandiamo quante barche ci sono passate accanto senza che le abbiamo viste» (Ellis, 1996).

Quello che aiuta è accettare i nostri limiti e ricominciare ogni volta con nuova forza ed entusiasmo.

PASQUALE DI MATTIA

BIBLIOGRAFIA

- M. Balint, *The doctor his patient and the illness*, Churchill Livingstone, Edinburgh 1995², pp. 55-68.
- S. Bochner, *Doctor-Patient communication*, Academic Press, London 1983.
- M. Borins, *Traditional healing around the world*, in «Humane Medicine», Summer 1990, vol. 6, n. 3, pp. 213-216.
- L. Briskman, *Doctors and witchdoctors: Which doctors are which? I-II*, in «BMJ», Oct. 1987, vol. 295, pp. 1033-1036, 1108-1110.
- H. Brody, *Placebos and the philosophy of medicine*, University Press, Chicago 1980.
- J. Cassel, *The contribution of the social environment to host resistance: the Fourth Wade Hampton Frost Lecture*, in «Am. J. Epidemiol.», August 1976, 104 (2), pp. 107-123.
- G.L. Deagle, *The Art of Cross-Cultural Care*, in «Can. Fam. Physician», 1986, vol. 32, pp. 1315-1318.
- C. Ellis, *Ukufa KwaBantu*, in «SA Family Practice», March 1996, pp. 125-148.
- G.S. Fehrson, *On caring*, 11th Family Practice Congress, Pretoria, 19 August 1998.
- Id., *Bridging the cultural gap: Doctor and patient solution*, Discorso presentato al congresso WONCA, Gerusalemme 1989.
- Id. - R.J. Henbest, *In search of excellence. Expanding the patient-centred clinical method: a three stage assessment*, in «Fam. Pract.», 1993, vol. 10, pp. 49-54.
- K. Gibran, *The Prophet*, Paperback, London 1980, pp. 65-66.
- E. Hall, *Beyond culture*, Anchor Press/Doubleday, Garden City, NY 1976, p. 165.
- L.E. Hinkle, *The effect of exposure to culture change and changes in interpersonal relationships in health*, in B.P. Dohrenwend - B.S. Dohrenwend (edd.), *Stressful life events: Their nature and effects*, John Wiley, New York 1974.
- J.F.M. Hugo, *Experiences of Sickness and Healing by Poor Rural Families in Lebowa*, in «SA Family Practice», June 1992, pp. 258-264.

- R. Keesing, *Cultural anthropology: a contemporary perspective*, Holt, Rinehart e Winston, New York 1981², pp. 68-69.
- A. Kleinman - L. Eisenberg - B. Good, *Culture, Illness and Care: Clinical lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research*, in «Annals of Internal Medicine», 1978, vol. 88, pp. 251-258.
- M. Longhurst, *Physician self-awareness: the neglected insight*, in «CMAJ», 1988, vol. 139, pp. 121-124.
- C. Lubich, *Da un discorso ai focolarini dell'Africa*, Nairobi, Maggio 1992.
- I.R. McWhinney, *A Textbook of Family Medicine*, Oxford University Press, New York 1989.
- C. Miller, *Missing: A foreskin, a digit and... cultural perceptiveness*, in «SA Family Practice», November 1996, pp. 481-484.
- C. Rogers, *A way of being*, Houghton-Mifflin, Boston 1980.
- H. Selye, *The stress of life*, McGraw-Hill, New York 1956.
- C.K. Smith - A. Kleinman, *Beyond the Biomedical Model: Integration of Psychosocial and Cultural Orientations*, in R.B. Taylor (ed.), *Fundamentals of family medicine*, Springer-Verlag, New York 1983, vol. 14, pp. 88-97.