

Osservazione e interazione con il malato

Il diritto alla salute e la presunzione di efficacia

- “Il medico” ha il compito di “curare” e prevenire: malattie, traumi, menomazioni.
- A contatto con la sofferenza e le ansie relative, questi professionisti sono invocati a “guarirle”: spesso sono oggetto di proteste se non vi riescono.



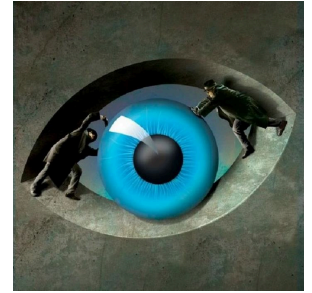
Il diritto alla salute diventa presunzione di efficacia:
“illusione onnipotente che la Scienza abbia la possibilità di sanare tutto si trasforma talora in accuse e risentimenti”

La mancanza di umanità

- Spesso le accuse e i risentimenti celano una sorta di rimprovero o una lamentela dichiarata, per una mancanza di “umanità”, di contatto interpersonale, di comprensione di esigenze che vanno oltre il tecnicismo delle scienze mediche attuali sia nei confronti dei singoli operatori, sia verso l’organizzazione dei Servizi.



Il processo osservativo



- Anamnesi
- Esame obiettivo
- Follow-up

Prescrizione:

- Esami di laboratorio
- Farmaci

- L'osservazione per quanto attenta non garantisce che sia stato colto tutto quello che era necessario per capire quello che affligge il malato e, soprattutto, per poter di conseguenza prescrivere i farmaci idonei, nella dose appropriata a quella persona, oltre che in funzione della diagnosi che si è cercato di formulare.
- Spesso la diagnosi è incerta o provvisoria.

Si è osservato qualcosa che in realtà non aveva significato,
mentre invece gliene è stato dato uno errato



*I medici
usano medicine
di cui sanno poco
per guarire
malattie
di cui sanno meno
su esseri umani
di cui non sanno nulla.*

Malattia e sindrome

- Malattia = entità a eziologia (causa) e patogenesi (processo) conosciute, e quindi di solito sono conosciute le terapie più idonee.
- Sindrome (sin-dromos) = insieme di sintomi che ricorrono insieme cioè che sono spesso tra di loro associati, senza che se ne conosca il perché e soprattutto senza che se ne conosca l'eziologia e spesso neppure la patogenesi.

La variabilità interindividuale nell'efficacia delle cure

- La risposta alla terapia varia a seconda del paziente; spesso la malattia in certi pazienti viene contenuta o guarisca, mentre in altri porta rapidamente all'exitus.
- Nella terapia chirurgica delle neoplasie, a parità di tumore e a parità di intervento (anche chemioterapico), alcuni pazienti guariscono e altri no.
 - “vorrei proprio sapere come mai in alcuni pazienti il tumore non si riforma e in altri sì!
 - Perché, a parità di condizioni, di gravità del male, di qualità di intervento chirurgico e di eventuali chemioterapie, alcuni pazienti ce la fanno e altri no!”.
- In molte altre malattie ci si può porre la stessa domanda: perché l'efficacia della cura è variabile da individuo a individuo? Si invocano fattori costituzionali, le “difese” dell'organismo e altre spiegazioni: tuttavia molto spesso c'è qualcosa che sfugge, di “quel” malato: qualcosa che non cade sotto l'osservazione.

Malattie incurabili e malattie inguaribili

- Tutte le malattie sono curabili, anche se alcune non sono guaribili.
- Spesso però si utilizza il termine incurabile al posto di inguaribile, indicando una difficoltà interiore a curare un male che si sa che non potrà guarire.
- Spesso esiste una grossa variabilità interindividuale nell'efficacia delle cure.

**Che cosa sfugge alla nostra
osservazione?
Come possiamo renderla più efficace?**



Pregiudizi popolari

L'osservazione è un processo automatico e ciò che è osservabile è di per se evidente.

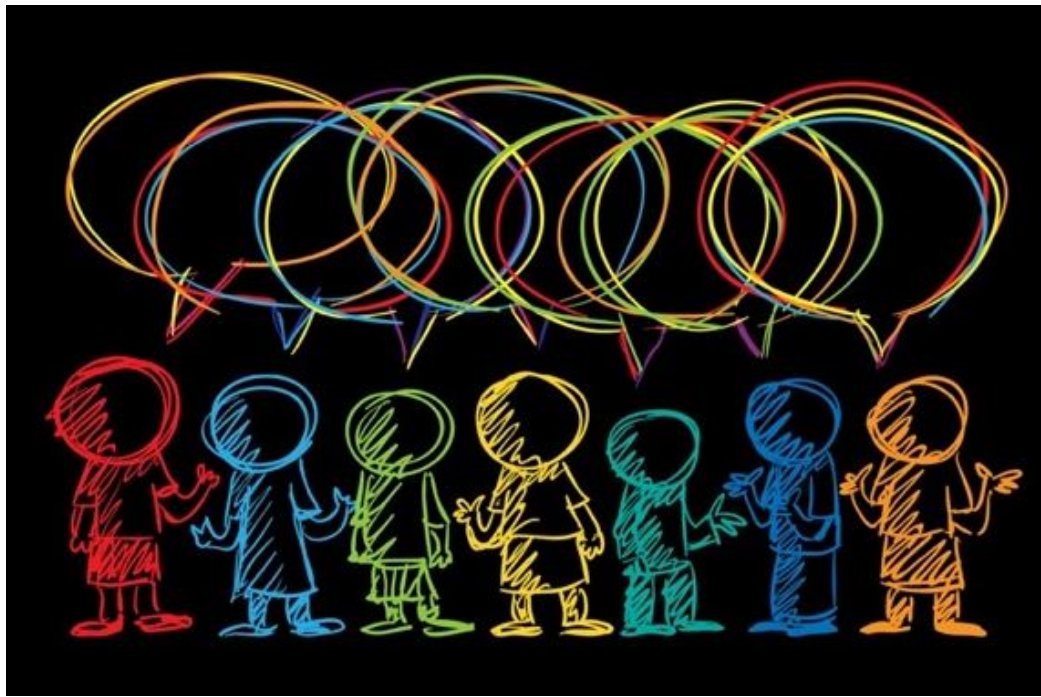
- L'osservazione non è un processo automatico, ne è uguale per qualunque osservatore anche a parità di impegno e di preparazione, ma dipende dalla mente di chi osserva;
- Quando si tratta di persone ciò che è osservabile non è evidente e ciò che l'ammalato evidenzia è filtrato dalla personalità del malato stesso e dal rapporto che si instaura con l'osservatore.



I fattori dell'osservazione



- **Mente dell'osservatore,**
 - non ci sono soltanto le informazioni scientifiche e tecniche ricevute, ma c'è qualcosa di più, che dipende dalla sua intera personalità, e che fa sì che si possa osservare selettivamente;
- **Mente dell'osservato/paziente**
- **Tipo di relazione tra osservato e osservatore.**



L'osservazione è quindi un processo intersoggettivo, interpersonale e dipende da tutte le interazioni che intercorrono.

Interazione

- È il modo di agire di due persone tra di loro, comporta un condizionamento dall'uno all'altro e viceversa, sia per le cose semplici che per quelle complesse.
- “Cose semplici”: l'espressione del volto, le posture, il modo di vestire, di guardare, il tono della voce, il fatto che ci sia il camice o meno, il fatto che si sia in una corsia sporca piuttosto che in una ben curata.
- Tutto questo condiziona un tipo di interazione e ogni interazione veicola significati: **è comunicazione!**

- L'osservazione è un processo interpersonale filtrato da due menti, osservato e osservatore e dal rapporto in cui queste si mettono.



La mente

- È la globalità della struttura funzionale che è stata appresa dal sistema nervoso e che regola ogni comportamento, dal più semplice (per esempio motorio) al più complesso.
- Nel caso delle condotte che procedono dalle relazioni interpersonali, la struttura mentale che entra in gioco riguarda la sfera emotiva. Questa è regolata dalla memoria implicita ed è in continua attività al di sotto della consapevolezza.

Il fattore “competenza”

- In senso tecnico la “competenza” è scontata per l’uso degli strumenti della fisica, dell’astronomia, dell’istologia e di altre scienze dell’inanimato, ma viene spesso trascurata per le scienze dell’animato che implicano l’osservazione delle persone e delle loro interazioni.
- Si ritiene che dipenda da doti possedute da tutti e vi è la presunzione, che se uno osserva e sta attento, il dato dell’osservazione è lì e tutti possono coglierlo.
- Al contrario proprio qui occorre considerare lo strumento e la competenza di chi lo usa, ed estendere il concetto di competenza, oltre il senso tecnico, a tutto il funzionamento della struttura mentale posseduta da un dato operatore.

- In medicina sono le menti del medico, del malato e degli altri operatori che, rilevando certi dati, orienteranno la scelta degli strumenti tecnologici e successivamente ne interpreteranno i risultati: e in base a questi sarà formulata una diagnosi; e ancora in base a questa sarà impostata la terapia e si seguirà il decorso sintomatologico.



L'osservazione nel decorso

- Lungo la cura, nel seguire il malato, possono venir fuori, a seconda della formazione dell'operatore e del tipo di rapporto, elementi imprescindibili, non emersi all'anamnesi iniziale, per modulare la cura stessa.
- Questi possono essere elementi sfuggenti evidenziati da piccoli mutamenti corporei, o denunciati se ci si riesce a sintonizzare con l'umore del paziente; ciò che en passant egli ci può buttar là con l'aprirsi di un suo stato affettivo, o al contrario con una chiusura rispetto a qualsiasi espressione che travalichi la comunicazione verbale.
- È proprio la relazione interattiva, comunicativa non verbale, che si stabilisce col paziente, un fattore importante della terapia.

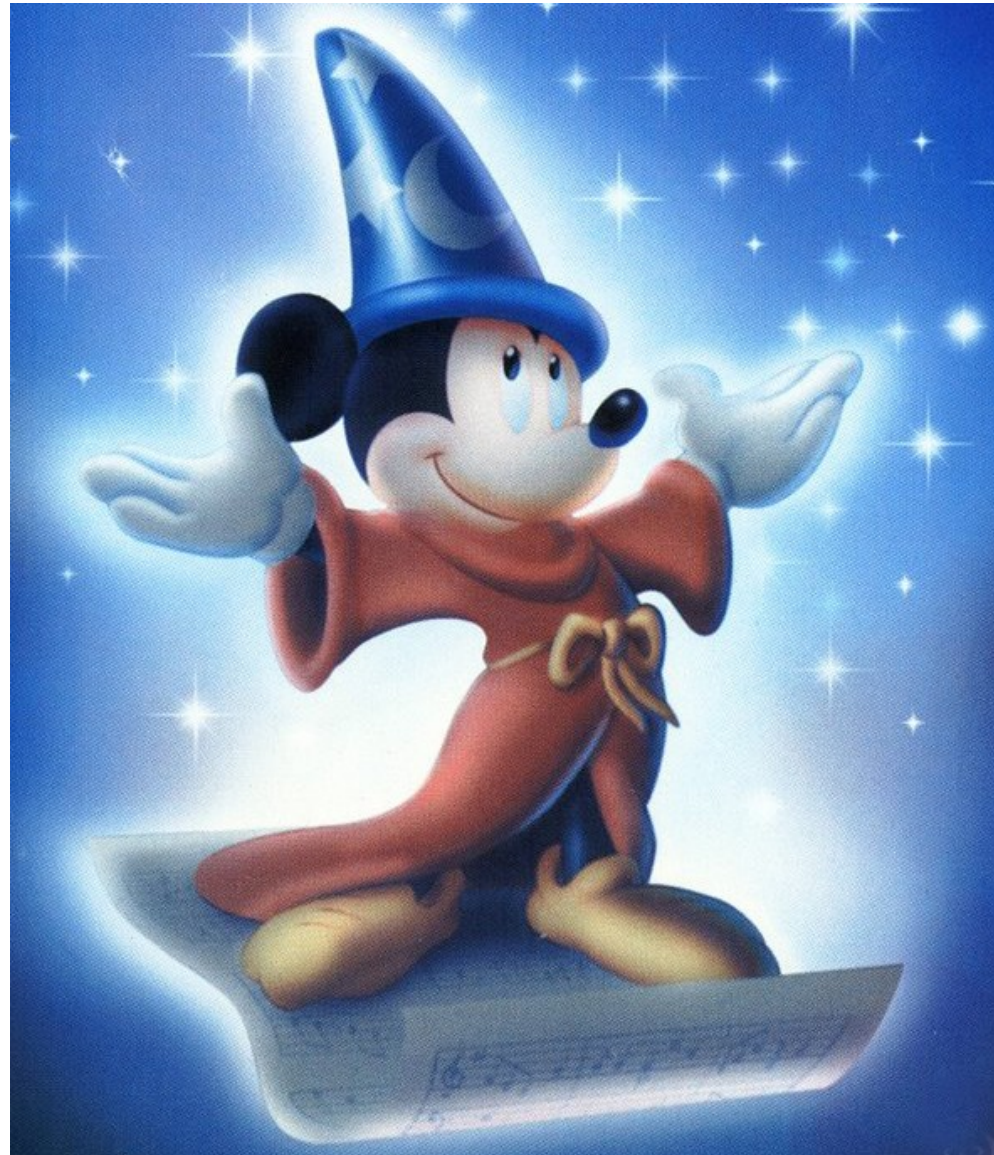


Medicus ipse farmacum

- La relazione tra medico e paziente ha effetto non solo per l'osservazione (e di qui sulla diagnosi e sulla terapia), ma anche direttamente sui processi biologici che regolano la salute o la malattia del paziente: l'antica affermazione che il medico è un farmaco (benefico o tossico) contiene l'intuizione di quanto oggi sappiamo dalla psicosomatica.
- Tra le persone, in particolare se legate da un rapporto importante come quello che interessa la propria salute, intercorrono processi psichici che modulano le funzioni biologiche somatiche: dunque anche quelle che fronteggiano la malattia o vi sono comunque coinvolte.

- Ogni processo psichico ha il suo correlato neuronale e il cervello, tramite certe sue parti specializzate (corteccia limbica, ippocampo, ipotalamo, sistema nervoso vegetativo, adenoipofisi, neuroipofisi, tutto il sistema endocrino e il sistema immunitario), agisce su tutti i processi biologici.
- I processi che avvengono nella mente e che sono alimentati dalla comunicazione (non verbale), hanno un effetto di modulazione su tutti i processi biologici dell' organismo; in particolare sulle difese immunitarie.
- Lo “psichico” dunque è un agente sul biologico, nella salute e nella malattia.

- Con queste implicazioni, con tutti questi limiti, filtri, interazioni, processi inconsapevoli e via dicendo, dov'è l'oggettività?
- Dove va a finire quello che si considera il fondamento della scienza?



GNOTI SEAUTON-CONOSCI TE STESSO



- Il progresso tecnologico della medicina ha alimentato molte illusioni e la presunzione che tutto sia facile e semplice, facendoci dimenticare i limiti intrinseci alla conoscenza e al controllo della mente.
- Questo non vuol dire che non esista un'obiettività anche per ciò che concerne lo psichico e il relazionale

- **Obiettivo:** ciò che proviene da strumenti tecnologici...
 - margine di variabilità (errore);
 - la “misura” dipende dal contesto della misurazione;
 - gli artefatti strumentali sono all’ordine del giorno.
 - i “dati” non sono “dati”, ma “mediati” dal tipo di strumento.
 - ogni indice fornito da strumenti tecnologici deve essere “letto”, cioè interpretato, dalla mente umana.

- **Non obiettivo:** ciò che proviene dallo strumento umano



Lo strumento umano

- Per la mente di un operatore che consideri lo psichico che intercorre in una relazione, occorre che egli conosca i limiti delle proprie capacità:
 - ciò che egli crede di osservare (e del come lo interpreta),
 - ciò che egli crede di “emettere”: cioè messaggi (non verbali) che da lui passano al paziente, e significati che egli crede siano veicolati dalle sue azioni.



Mente e mentale

- Mente=coscienza razionale?
- Negli ultimi decenni sono stati evidenziati processi mentali di cui non si supponeva l'esistenza; processi che si svolgono al di là di qualunque consapevolezza del soggetto e che pure lo regolano.
- Considerare scientificamente tali processi ci permette di leggerli meglio e di servirsene con un adeguato margine di "obiettività".
- Si tratta però di essere adeguatamente addestrati a conoscerne l'esistenza e poter in tal modo ampliare la nostra conoscenza: l'obiettività assoluta non esiste, ma proprio per questo occorre perseguire scientificamente lo scopo di ottenere dati il più possibilmente obiettivi.

Il mito dell'obiettività

- L'obiettività è dunque una gradualità, un livello, non una qualità assoluta: concepire l'obiettività assoluta è un "mito".
- Oggettività = facilmente raggiungibile
 - questo riduce la nostra attenzione a quanto invece di fatto ci sfugge.
- Paradossalmente, quanto più crediamo che l'obiettività sia facilmente raggiungibile, tanto più diminuiamo la nostra capacità di essere obiettivi.

Soggettività

- Soggettività = arbitrario?
- La “soggettività”, intesa nel senso più proprio, nell’osservazione è sempre una intersoggettività, un processo continuo di interazione, di comunicazione: le due soggettività, dell’osservatore e dell’osservato, entrano in mutua, continua, mutevole, automatica e inconsapevole interazione.

La scientificità

- La scientificità di tutte le scienze poggia su un sufficiente grado di consensualità degli scienziati nel dare per accertati, cioè per validamente operativi, certi dati, e certe teorie che servono a connettere tra di loro i dati. In questo modo si possono stabilire dei nessi di causa-effetto e quindi avere una comprensione globale del dinamismo dei fattori individuati, al fine di potervi intervenire.

Le scienze “psicologiche”

- Nelle scienze che indagano campi ancora in gran parte da conoscere e che hanno al loro centro lo strumento della soggettività, si parla pertanto di oggettivizzazione , operata dalla consensualità di quella comunità scientifica.
- Nelle scienze che si occupano dell’uomo è importante la comunicazione e il grado di consensualità degli scienziati di quel settore per oggettivizzare i dati che via via vengono offerti.
- Tale processo di oggettivizzazione acquista importanza quanto più i dati sono offerti dalla soggettività di scienziati che indagano la soggettività di esseri umani: in tal caso è necessario conoscere “come funziona la mente di chi indaga la mente”

I difetti sottesi alla prassi medica

- Oggettivismo
- Concretismo
- Transitivismo
- Coscienzialismo
- Interventismo



La mentalità medica

- **Interventismo:** fare al più presto una diagnosi per intervenire di conseguenza;
- **b) Concretismo:** bisogna fare qualcosa e in fretta;
- **c) Oggettivismo:** il paziente o l'organo malato come oggetto da indagare e sul quale intervenire;
- **d) Coscienzialismo:** l'inconscio come indefinibile;
- **e) Terapismo:** prima occorre alleviare, poi debellare e conoscere;
- **f) Le motivazioni salvifiche:** salvare, aiutare, guarire, curare.

Oggettivismo

- È l'eccesso di fiducia dato all'oggettività.
- Si crede che l'oggettività sia sempre facilmente raggiungibile e facilmente osservabile, e che se non è immediatamente riscontrabile, essa non possa sussistere.
- L'eccessiva fiducia sui dati diagnostici, impoverisce la consapevolezza del professionista rispetto al fatto che i dati sono sempre e comunque mediati da una persona, e fa sì che si trascuri la situazione clinica generale del soggetto entro la quale instaurare e calibrare la cura.



Concretismo

- È un assunto che sottintende che l'obiettività sia possibile solo a riguardo degli oggetti materiali, corposi, concreti.
- Ciò implica che non esiste nulla al di fuori del “visibile”, conseguendo la negazione di tutto ciò che è intangibile (anche la sua natura, che spesso esce al di fuori del dominio eziopatogenetico).



Tuttavia, questo assunto, ha un risvolto ancor più rilevante: l'intangibile, per essere valutato e compreso, deve necessariamente essere ricondotto al tangibile, e declinato operativamente in quanto tale.

Transitivismo

- È un'azione eseguita da un soggetto attivo su un oggetto passivo: un attore che analizza e risolve problemi (medico) e un soggetto che riceve l'attenzione e le cure di chi “si china verso di lui” (paziente).
- Non considerare il paziente come un soggetto “attivo” può condurre a molti errori, anche diagnostici (es. considerare il paziente esclusivamente come “portatore di malattia” può causare importanti mancanze in fase anamnestica, come non considerare alcuni fattori rilevanti anche nel modello eziopatogenico di spiegazione del sintomo).

- Transitivity vuol dire che si fa troppo affidamento sul fatto che la prassi consista sempre in qualche cosa che il medico fa al paziente: qualcosa che “passa” (transita) dall’operatore al paziente.
- L’abitudine a una prassi transitiva può dar luogo a un uso improprio: per esempio nella prevenzione, si crede che basti dare nozioni, prescrizioni e buoni consigli perché il paziente si astenga da certe abitudini nocive.

Coscienzialismo

- Coscienzialismo è pensare che tutto ciò che si rileva sia cosciente e ciò che può essere cosciente venga sempre rilevato.
- Si tratta del non tenere conto che ci sono molti dati che registriamo inconsapevolmente, e li immagazziniamo, ma di cui non ci accorgiamo.

Interventismo

- L'interventismo è una mentalità che appartiene sia al medico che ai pazienti, una sorta di costume collettivo insito nella cultura medica.
- Le ragioni sono diverse:
- Economica-organizzativa (se si interviene più presto, la degenza costa di meno)
- Personale:
 - Difficoltà a tollerare le situazioni incerte
 - Spirito di onnipotenza
 - Spirito salvifico