

La nozione di malattia. Considerazione storiche, antropologiche e cliniche

Raffaella Girelli e Claudio Neri

Per presentare sulla pagina scritta le nostre idee, mantenendo la dinamicità che ha caratterizzato i nostri scambi, abbiamo scelto la forma del dialogo. Ci auguriamo di riuscire a rendere il senso dei singoli interventi e anche lo sviluppo dell'intero discorso.

Girelli

Vorrei iniziare a partire dalla medicina, anzi dalle origini della nostra medicina. Alla diagnosi, in medicina, si è sempre arrivati seguendo precise procedure, definite sin dall'inizio della tradizione medica occidentale, che prende avvio con la scuola ippocratica di Cos (V secolo a.C.). Questa scuola ha insegnato che attraverso una visione onnicomprensiva dei sintomi (sinossi) si acquisisce l'*èidos*, la forma della malattia, che viene a costituire una buona diagnosi della stessa.

Neri

Gli studi di medicina realizzano un forte *imprinting*. Per me - quando ero un giovane medico - la diagnosi coincideva con la serie di procedure di cui tu parli: anamnesi, esame obiettivo del paziente con scrupolosa e dettagliata raccolta dei sintomi, diagnosi differenziale. La diagnosi, a sua volta, coincideva con l'individuazione della malattia.

Girelli

La scuola ippocratica era ben consapevole che le procedure indicate lasciavano aperto un ambito di incertezza: la correttezza della diagnosi dipendeva in una certa misura dall'occhio clinico. Tuttavia - come si deduce da un passaggio dell'*Antica Medicina* - se vi è incertezza, dato che non vi sono "misure esatte", per il medico preparato, onesto e coscienzioso, vi è anche una strada per uscire dall'incertezza, che è quella di acquisire una scienza che limiti il più possibile l'errore di conoscenza umano.

Neri

Ai tempi dell'università avevo particolarmente apprezzato una benevola formula assolutoria che compare nell'*Antica Medicina*: "Molto loderò il medico che poco sbagliasse"; non avevo invece ben compreso quanto fosse importante l'ammonimento iniziale, quello sull'assenza di una qualche misura, numero o peso, che possano valere da "punto di riferimento per un'esatta conoscenza". Adesso, mi appare chiaro che l'incertezza è una condizione propria della pratica medica e che si estende alla nozione stessa di malattia.

Girelli

La storia della medicina ha evidenziato come si siano ripetuti nel tempo i tentativi di considerare le malattie come entità reali, concrete prima e logiche poi, ma comunque come qualcosa che fosse un elemento costitutivo del mondo vivente. Questa concezione della malattia è quella ontologica.

Neri

Per il medico, considerare la malattia come qualcosa che esiste veramente e non come il nome che viene dato a qualcosa corrisponde a un'aspirazione molto forte e tenace.

Girelli

Appunto. Soprattutto dopo la rivoluzione scientifica del Seicento, sotto l'influsso dei naturalisti, si sono sviluppati tentativi di classificazione delle malattie, considerate come elementi reali. Questi tentativi non hanno mai raggiunto una compiutezza, come è avvenuto invece per la classificazione delle piante.

Neri

Infatti. Le malattie non esistono allo stesso titolo dei malati, dei germi patogeni o dei processi patologici.

Girelli

Possiamo ravvisare un riflesso di questo approccio alla malattia nel DSM (*Diagnostic Statistical Manual*). Esso riprende e raccoglie in quadri nosografici i caratteri (sintomi) che si presentano con maggiore frequenza e insieme (*clusters*). È quindi basato su una concezione nominalista e operativa della malattia, e non su una concezione ontologica.

Neri

Mi sembra che nel disegno del DSM si veda anche l'importanza assunta dalla statistica.

Girelli

Procediamo per gradi. Nel corso dei secoli ha avuto luogo una seconda trasformazione nel modo di concepire la malattia in medicina, che ha coinciso con l'inserirla in una cornice di complessità. Mi riferisco al considerare la malattia contemporaneamente da più vertici: quello clinico-descrittivo (che in larga parte deriva dalla scuola di Cos), quello anatomo-patologico, quello eziologico. Per esempio, una stessa malattia è stata prima identificata come tisi, sulla base delle sue caratteristiche cliniche, poi, quando si è individuata la lesione d'organo e di tessuto (polmone e tubercoli), come polmonite con caratteristiche particolari; infine la scoperta del bacillo di Koch ne ha messo in luce la dimensione eziologica e quindi la stessa malattia è stata identificata come tubercolosi.

Neri

La malattia, inoltre, è diversa se viene vista con gli occhi del medico e se invece è vista e sentita da chi è malato.

Girelli

Ti puoi spiegare meglio?

Neri

La lingua inglese raccoglie, meglio dell'italiano, la differenza di cui sto parlando. L'inglese impiega il termine *disease* per parlare della malattia quando questa è considerata come qualcosa di oggettivo, come una sindrome; altre due parole, *sickness* e *illness*, indicano "come" è vissuta la malattia. Una persona che si sente stanca e malaticcia, per esempio, dirà: "*I feel sick and tired*" e non userà la parola *disease*.

Girelli

Dove si incontrano il paziente e il medico?

Neri

Si incontrano nello studio medico, nell'ambulatorio, in ospedale. Balint parla della malattia come co- costruzione del paziente e del medico. Egli vede la malattia come qualcosa che si va via via definendo a partire dalle prime "offerte" di sintomi da parte del paziente e dalle prime "risposte" da parte del medico.

Girelli

La malattia può essere vista anche come il rapporto fra parte e tutto. Ogni volta che una parte del nostro corpo si presenta come malata, e noi ne soffriamo, potremmo chiederci se è malata solo quella parte che ci fa stare male oppure se siamo noi, nella nostra interezza, a stare male, e questa sofferenza si concentra in una parte del corpo. Sono due punti di vista, entrambi mettono in risalto un bisogno di ascolto e di cura, anche se contraddittori fra loro.

Neri

La scoperta del sistema immunitario e l'individuazione delle sue connessioni con gli stati affettivi sembrano dare valore ai meccanismi di regolazione tra parti e insieme del nostro organismo.

Girelli

Vorrei mettere in luce un ultimo elemento della concezione della scuola di Cos che mi sembra avere grande valore: la concezione della malattia come percorso che ha una propria evoluzione. Vorrei leggere un piccolo brano di Franco Voltaggio: *"Le malattie, per il medico di Cos, appaiono come processi che [...] hanno una fenomenologia insieme evolutiva e sistemica. Sono, in altre parole, sistemi in evoluzione contrassegnati da una relativa indipendenza dal soggetto in cui si manifestano [...] e da una sorta di implicito finalismo [...]. In [questa] prospettiva [...], guarire non significa tanto rimuovere decisamente il male, "scacciarlo", quanto favorire una strategia spontanea messa in atto dall'organismo stesso. Questo significa che la terapia propriamente detta [...] è intesa o a coadiuvare la canalizzazione che porta alla remissione del male o a impedire la deviazione"*.

Neri

Mi hanno colpito due frasi. La prima è: *"Le malattie sono sistemi in evoluzione"*.

Girelli

Questa frase segnala che è essenziale tenere conto dell'autonomia che viene acquistata dalla malattia, dopo che si è costituita come sistema. La malattia "come sistema" segue sue leggi e dinamiche. Intendo dire che una volta che si è costituita come tale (cioè una volta che si è dispiegata quella certa serie di fatti: l'attacco di un bacillo, le reazioni immunitarie dell'individuo, l'introduzione del farmaco), essa ha una relativa indipendenza dall'individuo stesso, cioè ha una sua storia, una sua evoluzione.

Neri

La seconda frase è: *"Le malattie sono dotate di un implicito finalismo"*.

Girelli

Fa riferimento alla pratica della prognosi, intesa non soltanto come una previsione sull'esito positivo o negativo della malattia, ma anche come una valutazione della direzione che essa potrà prendere, tenendo conto di tutti i fattori, favorevoli o contrari, che entrano in campo nella malattia.

Neri

La malattia un *èidos* in movimento?

Girelli

Sì.

Neri

La terapia si basa sul seguire una "simulazione" del percorso della malattia, costruita dal medico?

Girelli

Sì. La terapia della medicina ippocratica consisteva nel seguire e indirizzare un "doppio" del percorso spontaneo e favorevole della malattia, usando tutti i presidi (per esempio, somministrando caldo-freddo, certe bevande o erbe), che le impedissero di deviare o di andare verso esiti negativi. In questo senso, aiutare a "guarire" significa assecondare una strategia spontanea messa in atto dall'organismo stesso. Ecco perché canalizzare la malattia verso una evoluzione favorevole implica saper cogliere le forze positive in campo, valutare su che cosa si può contare per superare il momento di crisi costituito dalla malattia.

Neri

Freud e la psicoanalisi, con la scoperta del transfert e della nevrosi di transfert, hanno scoperto un particolare tipo di doppio della malattia e offerto una chiave di lettura della malattia nel quadro della relazione paziente-curante.

Girelli

Mi vengono in mente due altri apporti della psicoanalisi all'idea di malattia: Winnicott ed Erikson. Entrambi hanno messo in luce il carattere relazionale della psicopatologia, e hanno aperto un discorso sul ruolo costitutivo dell'ambiente per lo sviluppo dell'individuo (e della sua psicopatologia), che si configura come centrale anche per l'idea di malattia nel piccolo gruppo. L'accento di Winnicott è sull'ambiente affettivo, quello di Erikson sull'ambiente socio-culturale. Del pensiero di Erikson, è importante sottolineare che l'identità si fonda su tre componenti fra loro interagenti, quella personale, quella sociale o di gruppo, quella culturale-ideologica. Erikson ha voluto evidenziare che ciascuno di noi acquisisce un senso di identità che non è squisitamente personale (intrapsichico), bensì si costituisce grazie al riconoscimento e all'apporto degli "altri significativi", ecco perché l'identità è anche sociale o di gruppo. Nello stesso tempo, un altro "collante" essenziale per la nostra integrazione è costituito dai valori della cultura di appartenenza: ciascuno per "esistere" ha bisogno di sapere in cosa crede, questo gli consente di capire chi è (identità filosofico-ideologica). Il senso di identità, per Erikson, non può prescindere dal riconoscimento di se stessi all'interno di un gruppo di pari e dal riconoscere a quale mondo di valori e credenze si appartiene.

Neri

In questa prospettiva, come si potrebbe pensare alla malattia nel gruppo?

Girelli

Mi viene in mente una suggestiva descrizione del male sociale, fornita da Boccaccio nel *Decamerone*, quando descrive la peste a Firenze del 1348, che ti vorrei leggere: *“Nacquero diverse paure et immaginazioni [...], e tutti quasi ad un fine tiravano assai crudele, cioè era di schifare e di fuggire gl’infermi [...]. L’uno cittadino l’altro [schifava], e quasi niuno vicino [aveva] dell’altro cura, et i parenti insieme rade volte, o non mai, si [visitavano], e di lontano, era con sì fatto spavento questa tribolazione entrata ne’ petti degli uomini e delle donne, che l’un fratello l’altro abbandonava, et il zio il nipote, e la sorella il fratello, e spesse volte la donna il suo marito; e (che maggior cosa è e quasi non credibile) li padri e le madri i figliuoli, [...] schifavano. [...] In tanta afflizione e miseria della nostra città era la reverenda autorità delle leggi, così divine come umane, quasi caduta e dissoluta tutta”*.

Questa descrizione chiarisce bene come nel male sociale siano colpite le fondamenta stessa del vivere civile, è come se nessuno si riconoscesse più nei valori di cui parlavamo prima. Essi perdono la loro funzione.

Neri

“Il male sociale” è una linea di discorso interessante, però non è esattamente ciò di cui vorrei parlare. Cercherò di riprendere il tema della “malattia nel contesto di gruppo” in un’altra chiave. Gli studi antropologici hanno messo in luce come la malattia individuale sia sempre inserita in un sistema di significati e di interpretazione.

Girelli

Mi puoi fare un esempio?

Neri

La malattia “pisa” descritta da Marc Augé, che ha svolto ricerche presso gli Alladian della Costa d’Avorio, è una buona illustrazione. Il pisa è la malattia dell’uomo che sputa sangue e perde le forze; la causa a cui di norma viene attribuita è l’adulterio della moglie.

Girelli

Come arrivano ad attribuire la sintomatologia dello sputare sangue all’adulterio della moglie?

Neri

È necessario ampliare il discorso. Il sistema di omologie e la logica impiegati dagli Alladian per costruire e dare senso alla nozione di malattia pisa sono gli stessi che reggono un particolare interdetto: il divieto di copulare per terra nella savana.

Girelli

Come si collegano la malattia e questo strano tabù?

Neri

A fondamento della malattia e dell’interdetto è posta l’equivalenza sangue = sperma. Altri tratti dello stesso sistema simbolico sono il carattere caldo del “sangue-sperma” e il principio dell’incompatibilità del caldo con il caldo. Impiegando queste equivalenze è possibile spiegare come lo sperma dell’uomo tradito dalla moglie non

possa mescolarsi o aggiungersi dentro il corpo di lei a quello dell'altro partner sessuale. Lo sperma, conseguentemente, "rifluisce" nell'uomo sotto forma di sangue e viene vomitato o sputato. Analogamente, poiché la terra è calda, e l'accoppiamento (copula) è anch'esso caldo, copulare per terra nella savana fa aumentare il calore della terra. Seguono rischi di siccità e di sterilità.

Girelli

È un sistema di analogie molto complesso.

Neri

Il sistema di equivalenze impiegato dagli Alladian per dare senso al pisa, in effetti, è molto complesso e raffinato. Esso articola: la sintomatologia somatica della malattia (sputare o vomitare sangue) e la sua espressione psicologica: gelosia, rabbia, senso di abbandono; (quest'ultima, però, non è espressa direttamente, ma è contenuta implicitamente nella condizione dell'uomo tradito dalla moglie); la compatibilità (crasi) e/o incompatibilità (dis-crasia) delle persone (il marito, la moglie, un altro uomo) e dei fluidi (sangue, sperma, vomito); l'ordinamento della comunità e l'infrazione delle regole (legame e obbligazioni coniugali); i transiti interpersonali e somatici e la loro possibile inversione (non contenimento, inversione del flusso, sputare).

Girelli

L'idea che la malattia dell'individuo rimandi al suo gruppo di appartenenza è stata concettualizzata da Foulkes con l'espressione "localizzazione del disturbo". I sintomi di un singolo sono un aspetto di qualcosa di più complesso che riguarda la rete delle sue relazioni significative.

Neri

Ciò che dici della localizzazione è interessante, ma mi sembra che colga soltanto un aspetto del discorso sulla malattia pisa.

Girelli

Robi Friedman propone di portare l'attenzione sulla ricerca di categorie nosografiche propriamente "interpersonali", in base alle quali la responsabilità del disagio è svincolata dal singolo che ne è portatore, anzi egli sottolinea come tutto il contesto debba affrontare una trasformazione, divenire qualcosa di diverso, e non solo l'individuo che agli occhi di tutti è malato.

Neri

Questo è un ulteriore tassello: il senso e la possibilità di trasformazione e cura della malattia si iscrivono nella costruzione di un sistema di significati *comune* ai membri del gruppo.

Girelli

Spiegami perché hai fatto riferimento a una malattia e a una cultura tanto diverse dalla nostra.

Neri

Ho portato questo esempio per due motivi. Prima di tutto mi sembra importante il collegamento della malattia (di qualunque malattia) con forze vitali più generali. Per la malattia pisa, il collegamento è con la fecondità, sterilità della terra. In secondo luogo, mi pare interessante che nella nozione della malattia vengano inseriti alcuni

elementi che riguardano le leggi e i tabù della comunità o del gruppo. È quello che vediamo nei piccoli gruppi a finalità analitica. Io ho cercato di darne conto introducendo nel mio libro *Gruppo* i concetti di “commuting”, “nomos” e “patrimonio affettivo del gruppo”.

Girelli

Ora capisco meglio: la malattia trova senso nel sistema di regole della comunità Alladian attraverso un nesso logico che non appartiene a una logica propriamente aristotelica. Il piccolo gruppo analitico utilizza una *sua* logica mitico-onirica?

Neri

Sì, ma è necessario a volte creare un dispositivo che faciliti il suo dispiegamento. A tal fine, per esempio, io mi servo, durante i miei interventi in seduta, dell’inserimento di stralci di miti, film, racconti. Non li espongo mai per esteso proprio per aprire una catena di associazioni di gruppo. Sono “frammenti” che daranno luogo a una nuova storia o mito, che saranno significativi per quello specifico piccolo gruppo.

Nota bibliografica

Per rendere più scorrevole la lettura non abbiamo indicato nel testo i riferimenti bibliografici, li forniamo adesso. Nella breve introduzione al dialogo abbiamo tenuto presente Bateson (1972), p. 3. Riguardo alla prima parte del testo, che si focalizza sulla nozione di malattia in medicina, specifichiamo che: i primi due interventi di Girelli traggono ispirazione da Voltaggio (1992), pp. 329 e 322; parte delle notizie storiche riportate sulla scuola ippocratica sono tratte anche dal manuale di Angelletti, Gazzaniga (2002) e dall’articolo di Arecco (1999); i successivi tre interventi, orientati a una sintesi dello sviluppo storico della nozione di malattia in medicina, si fondano su informazioni tratte da Grmek (1998), pp. 17-19. Anche Neri si riferisce a Grmek (1998), p. 23, quando parla dello statuto della malattia. Abbiamo inoltre riscontrato la medesima posizione critica nei confronti di uno statuto ontologico della malattia in Landoni (2004), anche se, precisamente, il suo discorso è riferito alla malattia in quanto esito del processo diagnostico, dato che quest’ultimo argomento rappresenta il *focus* del suo lavoro.

L’approccio nominalista alla malattia, da noi ravvisato nel DSM, è altresì sottolineato da Tucci (2004) come caratterizzante l’idea di diagnosi sottesa al *Manuale Diagnostico e Statistico*.

Neri, quando interviene a proposito di Balint e della relazione medico-paziente, si riferisce alle sue opere riportate in bibliografia e anche al testo di Tomassoni e Solano (2003), p. 60. La medesima sottolineatura dell’incontro personale fra medico e paziente, in riferimento al processo diagnostico, è presente in Panzera (2004). Il pensiero a cui la collega si riferisce esplicitamente è quello di Gadamer (non di Balint).

Nel discorso sulla nozione di malattia in psicoanalisi, citando Winnicott ed Erikson, Girelli ha in mente i due rispettivi testi citati in bibliografia. Anche quando parla di localizzazione del disturbo (Foulkes) e di categorie nosografiche interpersonali (Friedman), le fonti di riferimento sono quelle della bibliografia.

Il collegamento di Neri fra la lettura antropologica della malattia e la nozione di malattia nel piccolo gruppo si è reso possibile sulla base di quanto evidenziato dagli studi di Augé presso gli Alladian della Costa d’Avorio, riportati nel testo citato in bibliografia.

Bibliografia

- Angeletti L.R. e Gazzaniga V. (2002). *Storia, filosofia ed etica generale della medicina*. Masson, Milano.
- Arecco D. (1999). La medicina secondo Ippocrate. *Anthropos & Iatria*, III, 1 (<http://www.medicinealtre.it/1999/arecco-1-99.htm>, data di consultazione 18 gennaio 2004).
- Augé M. (1984). Ordine biologico, ordine sociale. La malattia, forma elementare dell'avvenimento. In Augé M. e Herzlich C. (a cura di) *Il senso del male. Antropologia, storia e sociologia della malattia*. Il Saggiatore, Milano 1986.
- Balint M. (1930). The crisis of medical practice. *The American Journal of Psychoanalysis*, 2002, LXI, 1, [7-15].
- Balint M. (1957). *Medico, Paziente, Malattia*. Feltrinelli, Milano 1961.
- Bateson G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano 1976.
- Boccaccio G. (1349-1351). *Il decamerone*. Hoepli, Milano 1972.
- Erikson E.H. (1968). *Gioventù e crisi di identità*. Armando, Roma 1974.
- Foulkes S.H. (1948). *Introduzione alla psicoterapia gruppoanalitica*. E.U.R., Roma 1991.
- Friedman R. (2003). *Who contains the group and who is the leader? A social – pathological perspective*. Dattiloscritto inedito.
- Grmek M.D. (1998). *La vita, le malattie e la storia*. Di Renzo editore, Roma.
- Landoni G. (2004). Divagazioni sulla diagnosi. *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, XVIII, 1.
- Neri C. (1995). *Gruppo*, Borla, Roma 2004⁷.
- Panzerà G. (2004). Considerazioni sul concetto di diagnosi. *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, XVIII, 1.
- Tomassoni M., Solano L. (2003). *Una base più sicura. Esperienze di collaborazione diretta tra medici e psicologi*. Franco Angeli, Milano.
- Tucci P. (2004). L'interesse dello psicoanalista va oltre la diagnosi. *Rivista Italiana di Gruppoanalisi*, XVIII, 1.
- Voltaggio F. (1992). *L'arte della guarigione nelle culture umane*. Bollati-Boringhieri, Torino.
- Winnicott D.W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma 1970.
- Raffaella Girelli, Psicologa clinica, Psicoterapeuta, cultrice della materia presso la cattedra “Fondamenti di Dinamica di Gruppo” (Università La Sapienza, Roma).
- Claudio Neri, Professore ordinario di “Fondamenti di Dinamica di Gruppo” (Università La Sapienza, Roma), Psicoanalista con funzioni didattiche della Società Psicoanalitica Italiana, Membro Ordinario del London Institute of Group-Analysis.