

Conferenza per medici e infermiere

Donald Winnicott

Chiesa di S. Luca di Hatfield

18 ottobre 1970

Vorrei utilizzare l'opportunità che è stata offerta per tradurre in parole alcuni di quei pensieri e dei sentimenti che immagino siano comuni a tutti noi.

Non mi occupo della religione intesa come esperienza interiore, non è il mio campo specifico, bensì della filosofia del nostro lavoro di medici, che è una sorta di religione dei rapporti con il mondo esterno.

Esiste una parola nella nostra lingua: "cura". Se si desse a questo termine il permesso di parlare, probabilmente racconterebbe una storia. Le parole hanno questo tipo di valore, hanno radici etimologiche e hanno una storia: come gli esseri umani, esse talvolta lottano per affermare e per mantenere la propria identità.

A un livello più superficiale la parola "cura" indica un comune denominatore della pratica medica e di quella religiosa. Credo che, alla radice, la parola cura significhi prendersi cura, essere attenti. Verso il 1700 essa ha cominciato a degenerare e a designare il trattamento medico, come nel caso della cura delle acque. Il secolo successivo diede al termine "cura" la connotazione di conseguimento di un

risultato positivo; la salute del paziente è ristabilita, la malattia è sconfitta, lo spirito maligno è esorcizzato. I versi "lasciate che l'acqua e il sangue siano del peccato la doppia cura" contengono già più che un accenno al passaggio fra il prendersi cura e il porre il rimedio, la transizione che mi propongo di considerare in questa circostanza.

Nella pratica medica esiste uno scarto fra i due usi estremi della parola. La cura, nel senso di rimedio, di sradicamento della malattia e delle sue cause, tende oggi a sostituire il significato di "cura" come "prendersi cura". I medici sono di continuo impegnati in una battaglia per impedire che i due significati della parola perdano il contatto fra di loro. Si può dire che il medico generico si prende cura, ma deve conoscere i rimedi. Al contrario, lo specialista è interessato ai problemi della diagnosi e dello sradicamento della malattia, e ciò che egli deve sforzarsi di ricordare è che anche il prendersi cura appartiene alla pratica medica. Al primo dei due estremi, il medico è come un assistente sociale, e si trova quasi a pescare in quegli stessi stagni che danno una buona pesca per un parroco, il ministro

della religione. All'altro estremo, il medico è un tecnico, sia nel fare la diagnosi che nel trattare il paziente. Il campo è talmente vasto che la specializzazione è comunque inevitabile. Tuttavia, come pensatori, non siamo esonerati dal tentativo di un approccio integrato.

Cosa chiedono le persone a noi medici e infermieri e cosa vogliamo noi dai nostri colleghi, quando ci troviamo noi stessi in una condizione di immaturità, di malattia o di vecchiaia? Queste condizioni, l'immaturità, la malattia e la vecchiaia, portano con sé la dipendenza. Quindi, ciò di cui si ha bisogno è la possibilità di dipendere. Come medici, e anche come infermieri e assistenti sociali, siamo chiamati ad essere umanamente (non meccanicamente) affidabili, ad avere affidabilità come parte costitutiva del nostro atteggiamento generale (per il momento devo supporre che noi abbiamo la capacità di riconoscere la dipendenza e di adattarci a ciò che troviamo).

Non vi è alcun dubbio sul valore dei rimedi efficaci; dalla penicillina, per esempio io devo il fatto di non essere storpio, e mia moglie deve la vita. La scienza applicata alla pratica medica e chirurgica deve essere data per scontata. Non possiamo sottovalutare il rimedio specifico ma, dall'accettazione di questo principio è possibile, per chi osserva e riflette, procedere verso altre considerazioni.

L'incontro della affidabilità e della dipendenza è il tema di questa conferenza. Sarà ben presto evidente come questo tema implichi infinite complicazioni, sicché sarà necessario definirlo per poter delineare le aree di discussione.

Vedrete immediatamente come questo modo di pensare differenzi il medico che esercita le sue prerogative a favore di sé stesso da quello che agisce per la società.

Anche se io critico la professione medica, devo dire che sono fiero di essere un membro della professione da quando mi sono laureato cinquant'anni fa, e non ho mai voluto essere nient'altro che un medico.

Ciò non mi impedisce di scorgere vistosi errori nei nostri atteggiamenti e nelle nostre rivendicazioni sociali, e vi assicuro che so tutto sulla trave che ho nel mio stesso occhio.

Forse è proprio quando siamo noi medici a essere i pazienti che possiamo vedere più facilmente i difetti dei nostri colleghi, e, d'altra parte, sappiamo quanto dobbiamo alla professione medica e infermieristica proprio quando siamo stati malati e poi siamo guariti.

Non mi riferisco agli errori che commettiamo. Ho personalmente commesso degli errori a cui preferisco non pensare. Una volta, ho fatto morire un paziente diabetico nel tentativo stupido e ignorante di applicare istruzioni impartitemi dall'alto. Il

sapere che l'uomo sarebbe comunque morto non mi fa sentire meglio. Ho fatto cose anche peggiori. Felice è il giovane medico che non verrà giudicato ignorante prima di essersi potuto costruire uno spazio fra i colleghi che lo aiuteranno ad andare oltre i disastri commessi. Ma queste sono delle piste già battute: accettiamo la fallibilità come una delle caratteristiche più affascinanti dell'uomo. Non desidero formulare considerazioni che producano occasioni di rimorso, bensì vorrei esaminare la maniera con cui voi e io svolgiamo la pratica medica, chirurgica e infermieristica, nel momento in cui la stiamo svolgendo nel miglior modo possibile.

Come posso scegliere? E' necessario che io rievochi la mia esperienza specifica, cioè la pratica della psicanalisi e della psichiatria infantile. Suggesto l'esistenza di una dinamica potenziale di rapporti fra la psichiatria e la pratica medica. La psicoanalisi non è soltanto l'interpretazione dell'incoscio rimosso; essa fornisce piuttosto una griglia professionale cui affidarsi, entro la quale il lavoro potrà svolgersi.

Io, personalmente, sono gradualmente passato dalla pratica medica con i bambini e con i loro genitori alla psicoanalisi. La psicoanalisi (come la psicologia analitica) è legata alla teoria e al training intensivo di pochi individui selezionati. Lo scopo di tale training è quello di approntare gli strumenti

necessari a svolgere quel tipo di psicoterapia che raggiunge le motivazioni inconscie, utilizzando quello che viene chiamato "transfert" e così di seguito; enuncerò ora alcuni principi emersi dal lavoro che i miei colleghi e io ci troviamo a fare. Ho scelto a questo fine sei categorie descrittive:

- a) Le gerarchie
- b) Chi è il malato? La dipendenza
- c) Gli effetti che ha su di noi la cura/ sollecitudine
- d) Effetti ulteriori
- e) La gratitudine/propiziazione
- f) Lo "holding". La facilitazione. La crescita individuale

Consideriamo innanzitutto la questione delle gerarchie. Nella nostra disciplina quando ci troviamo davanti a un uomo, a una donna o a un bambino, non siamo nient'altro che due umani di status eguale: cadono le gerarchie. Io posso essere un medico, o un infermiere, o un assistente sociale o un genitore che sta a casa, oppure, come in questo caso, posso essere uno psicoanalista o un parroco. Non esiste differenza. La cosa significativa è il rapporto interpersonale, in tutta la ricchezza e la complessità dei suoi colori umani. Soltanto all'interno della struttura sociale vi è posto per le gerarchie, non nell'ambito del confronto clinico.

C'è un piccolo passo da qui alla domanda: chi dei due è il malato? Alcune volte è soltanto una questione di convenienza; è importante capire che il concetto e la condizione di malato portano un sollievo immediato, perché rendono la dipendenza legittima, e colui che si dichiara malato ne trae un particolare beneficio: l'affermazione "Lei è malato" naturalmente mi pone nel ruolo di chi ha una risposta al bisogno, cioè di adattamento, di sollecitudine e di affidabilità; di cura, nel senso prendersi cura. Il medico, l'infermiere o chiunque esso sia, avrà naturalmente un atteggiamento professionale nei confronti del paziente.

Ciò non implica un senso di superiorità.

Quale dei due, dunque, sarà il malato? Si potrebbe quasi dire che assumere il ruolo di chi si prende cura sia anch'essa una malattia, solo vista dall'altro lato della medaglia. Abbiamo bisogno dei nostri pazienti tanto quanto loro hanno bisogno di noi. Recentemente il prevosto di Derby ha citato ai suoi fedeli S. Vincenzo de' Paoli, dicendo: "Preghiamo affinché i poveri ci possano perdonare perché noi li aiutiamo". Allo stesso modo, noi potremmo pregare affinché i nostri malati ci perdonino perché rispondiamo ai loro bisogni. Stiamo parlando di amore, ma se l'amore deve essere prodigato da professionisti in un contesto professionale, allora il significato della parola deve essere specificato; in questo secolo gli

psicanalisti stanno dando a questa parola un senso specifico.

Possiamo considerare ora l'effetto che ha su di noi l'assumere il ruolo di colui che cura e si prende cura.

Osserviamo ora cinque punti principali:

In questo ruolo non siamo moralisti. Non è di alcun aiuto per un paziente dirgli che lui è un vizioso perché malato. Né aiuta un ladro, una persona affetta da asma o uno schizofrenico essere inclusi in una categoria morale. Il paziente sa che non siamo lì per giudicarlo.

Siamo onesti fino in fondo: quando non abbiamo una risposta diciamolo. Una persona che sta male non può tollerare la nostra paura della verità. Se ne abbiamo paura, allora dobbiamo imboccare un'altra professione, non quella del medico.

Diventiamo affidabili: è l'unico modo in cui la nostra professione può andare avanti. Il punto è che se siamo affidabili (professionalmente) proteggiamo i nostri pazienti dalla imprevedibilità. Molti di loro hanno sofferto proprio di questo, cioè di essere stati soggetti, come parte costitutiva del loro modello di vita, all'inaffidabilità. Non possiamo permetterci di rientrare in quel modello. Dietro all'inaffidabilità vi è confusione mentale, e dietro a questa si può trovare il caos nel funzionamento somatico, vale a dire un'angoscia impensabile che si traduce in termini somatici.

Accettiamo l'amore e odio del paziente, siamo colpiti, ma non lo provochiamo né speriamo di ottenere, da un rapporto professionale, delle soddisfazioni emozionali (essere amati o odiati), che devono essere elaborate nell'ambito delle nostre vite private e nei nostri nuclei personali o, all'interno della nostra realtà psichica, quando sognamo in psicanalisi, ciò è studiato come un fattore essenziale, e quella particolare forma di dipendenza che sorge tra il paziente e l'analista è detta "transfert". Il medico che si occupa di medicina interna e di chirurgia ha molto da imparare dalla psicoanalisi in quest'area specifica. Prendiamo un solo punto molto semplice: se un medico arriva all'ora convenuta, egli sperimenterà un incredibile rafforzamento della fiducia che il paziente ripone in lui, e questo è importante non solo per evitare l'angoscia del paziente, ma anche per favorire i processi somatici che tendono alla guarigione, non solo delle funzioni, ma anche dei tessuti.

Diamo per inteso che il medico o l'infermiere non siano crudeli per il gusto di esserlo. La crudeltà si presenta inevitabilmente, nel nostro lavoro, ma per indulgere alla crudeltà dobbiamo guardare alla vita stessa, fuori dei nostri rapporti professionali. E non vi è posto nel nostro lavoro, per propositi vendicativi. Potrei certamente parlare di crudeltà e di sentimenti vendicativi attuati da medici, ma non avremmo nessuna difficoltà nel collocare questo malcostume al suo posto

Prima di arrivare alle altre conseguenze che hanno su di noi il riconoscimento della malattia, e quindi ai bisogni di dipendenza dei nostri pazienti dobbiamo fare considerazioni più complesse che riguardano la struttura della personalità. Per esempio, un segno di salute mentale lo si può vedere nella capacità dell'individuo di entrare con l'immaginazione, in modo però cauto e delicato, nei pensieri, nei sentimenti, nelle speranze e nei timori di un'altra persona, ed anche di permettere all'altro di fare lo stesso nei suoi confronti. Suppongo che i parroci e i medici che, per vocazione, curano/si prendono cura siano bravi in questo genere di cose, mentre esorcisti e guaritori non ne hanno bisogno.

Talvolta, la capacità di giocare bene con le identificazioni incrociate può costituire una responsabilità troppo grande. Talvolta, per la selezione degli studenti di medicina, uno degli importanti sarebbe sicuramente la valutazione (se questa potesse essere fatta) dalla capacità di fare ciò che ho chiamato identificazione incrociata, cioè la capacità di mettersi nei panni dell'altro e permettere il contrario. Non c'è dubbio che le identificazioni incrociate arricchiscano l'esperienza umana, e che tutti coloro che hanno una capacità ridotta in questo campo si annoiano e annoiano gli altri. Inoltre, essi non possono andare molto oltre le funzioni tecniche della pratica medica, e possono causare molta sofferenza senza saperlo. Parlando recentemente alla BBC, James Baldwin ha menzionato

il peccato che i cristiani hanno dimenticato di notare: questo è il peccato di inconsapevolezza: potrei fare qui una notazione sulle identificazioni incrociate deliranti: esse possono fare davvero disastri.

Proseguo tornando al concetto di gratitudine. Ne ho già fatto riferimento quando ho citato S. Vincenzo de' Paoli. La gratitudine fa piacere e ci piace ricevere la bottiglia di whisky o la scatola di cioccolattini come espressione della gratitudine dei nostri pazienti. Tuttavia la gratitudine non è così semplice. Se le cose vanno bene, i pazienti la danno per scontata ed è soltanto quando c'è negligenza (un tampone dimenticato nel peritoneo) che si lamentano e diventano sinceri nei confronti di sé stessi. In altre parole, la maggior parte delle espressioni di gratitudine, una gratitudine francamente eccessiva, ha a che fare con la propiziazione; vi sono forze vendicative latenti che devono essere placate. I malati progettano spesso, quando sono a letto, generosi regali o clausole testamentarie; ma i medici, gli infermieri e gli altri devono essere contenti quando, dopo che è stato dimesso il paziente, che era così disperato, dimentica presto tutto, anche se forse egli non sarà dimenticato. Penso di poter dire che sono i medici e gli infermieri che vivono un lutto doppio e ripetuto; uno dei rischi della nostra professione è di diventare insensibili, perché perdere ripetutamente i pazienti ci fa diventare pudenti e cauti nell'affezionarci ai

nuovi malati. Ciò è particolarmente vero per le infermiere che si occupano di bambini piccoli, o che si prendono cura di bambini lasciati nelle cabine telefoniche o (come Ernest) in una borsa al reparto oggetti smarriti della Victoria Station. La pratica di medico generico in una zona rurale può essere la risposta a questo problema, poiché un medico vive fra i suoi pazienti, e questo è certamente il miglior modo per praticare la medicina. Il medico e il paziente sono entrambi sempre sul posto, ma solo in determinate occasioni uno è medico e l'altro è paziente. C'è molto da imparare, per il medico, da coloro che si specializzano nel curare/prendersi cura piuttosto che nel curare per sradicare gli agenti che provocano il male.

Esiste una cosa che deve rientrare nella pratica medica in modo particolare e concluderò con questo. Mi riferisco al curare/prendersi cura come estensione del concetto di "holding". Tutto inizia con il bambino nel grembo, poi con il bambino nelle braccia e l'arricchimento della persona deriva dal processo di crescita nel bambino che è resa possibile dalla madre grazie alla sua conoscenza di quel particolare bambino cui ha dato la vita. Il tema dell'ambiente favorevole alla crescita personale e al processo maturativo deve la descrizione delle cure prodigate dal padre e dalla madre e della funzione della famiglia; ciò conduce alla edificazione della democrazia intesa come estensione politica delle favorevoli condizioni familiari, con

individui maturi che possono prendere parte, secondo la loro età e capacità politica, sia al mantenimento sia alla ricostruzione della struttura politica. Accanto a ciò vi è il senso della identità personale, che è un elemento essenziale per ogni essere umano e che può solo realizzarsi per ciascuno in conseguenza di cure materne "sufficientemente buone" e del contributo ambientale durante le fasi immature. Il processo maturativo da solo non può condurre l'individuo a diventare tale. Quindi, quando parlo della cura nel senso di cura/prendersi cura, mi trovo davanti alla naturale tendenza del medico e dell'infermiera ad andare incontro alla dipendenza del malato, ma questo è espresso in termini di salute; si delinea cioè come dipendenza naturale dell'individuo immaturo, che richiama nelle figure parentali la tendenza a fornire le condizioni che favoriscono la crescita individuale. Questa non è cura, nel senso di rimedio, ma è il curare/prendersi cura che poi è l'argomento della mia conferenza e che potrebbe diventare il motto della nostra professione. In termini di malattia sociale, il curare/prendersi cura può essere ancora più importante della cura come farmaco e di tutte le diagnosi e prevenzioni che fan parte di ciò che viene chiamato approccio scientifico. Qui siamo in sintonia con gli assistenti sociali, la cui espressione "lavoro sul caso" può essere vista come una estensione altamente complessa dell'uso della parola "holding" e come un'applicazione pratica del curare/

prendersi cura. In una cornice professionale e con un comportamento professionale appropriato, il paziente può trovare una soluzione personale a problemi complessi della propria vita emozionale e dei propri rapporti interpersonali e quello che abbiamo fatto si configura come una facilitazione della crescita, non come l'applicazione di un rimedio.

E' troppo chiedere al clinico di curare/prendersi cura?

Questo aspetto del nostro lavoro viene meno nel momento della richiesta di remunerazioni più elevate, che mina lo status quo delle gerarchie consolidate. Tuttavia le persone adatte potrebbero facilmente imparare e questa è una conquista molto più soddisfacente di quanto non lo sia il sentirsi intelligenti.

Vorrei suggerire che possiamo vedere l'aspetto del curare/prendersi cura come una cornice adatta all'applicazione dei principi che abbiamo appreso all'inizio della nostra vita, quando, come individui immaturi, eravamo oggetto di attenzione e di cura da parte dei nostri genitori "sufficientemente buoni"; ed è questa la migliore specie di medicina preventiva.

E' sempre un elemento rassicurante constatare che il nostro lavoro è collegato con fenomeni del tutto naturali e universali e con quello che ci aspettiamo di trovare nella migliore poesia, nella filosofia e nella religione.