

CHAPITRE DE LIVRE

« Riflessioni filosofiche sul metodo Ressaygues »

Marcello Vitali-Rosati

dans *Riabilitazione reumatologica. Approccio multidisciplinare*, Milan, Edra, 2006, p. 391-400.

Pour citer ce chapitre :

VITALI-ROSATI, Marcello, « Riflessioni filosofiche sul metodo Ressaygues », dans Susanna Maddali Bongi (dir.), *Riabilitazione reumatologica. Approccio multidisciplinare*, Milan, Edra, 2006, p. 391-400.

Riflessioni filosofiche sul metodo Ressayguier

Marcello Vitali Rosati

Obiettivi

Il metodo Ressayguier presenta degli aspetti di grande interesse teorico che implicano un ripensamento dei concetti cardine su cui si basa l'idea di cura e di terapia. Con questo scritto intendo analizzarli per sommi capi in modo tale da approfondire le basi filosofiche su cui tale metodo sembra riposare. Questa analisi ha come obiettivo da una parte un approfondimento del metodo che porti ad una migliore comprensione della sua pratica, dall'altra una riflessione che, partendo dal metodo stesso, vada a interrogarsi sulle idee filosofiche che sono da sempre state alla base della medicina.

I motivi di interesse del metodo Ressayguier possono essere fondamentalmente riportati a due: il primo legato alla relazione operatore sanitario-paziente che esso articola e sviluppa; il secondo legato al particolare modo di considerare il paziente, il suo corpo e la sua malattia.

Per quanto riguarda il primo aspetto, il suo interesse viene di giorno in giorno maggiormente riconosciuto in ambito filosofico in quella branca in vertiginosa crescita chiamata «etica della comunicazione». Il mondo in cui viviamo è sempre più caratterizzato come «era dell'informazione»: i rapporti politici, sociali e interpersonali sono sempre più condizionati e strutturati in base a dei mezzi di comunicazione sempre più potenti; questo mette in primo piano la domanda sulla comunicazione e sull'etica che vorremmo che la regolasse. Solo ultimamente il problema etico relativo alla comunicazione si è allargato all'ambito biosanitario. E questo principalmente in ragione della sempre maggiore quantità di informazioni di massa su questioni biomediche di evidente valore etico, come quelle relative a problematiche come clonazione, fecondazione assistita, eutanasia, ecc. Ma nell'esperienza più quotidiana il problema etico e l'interesse nello studio della comunicazione si rivolge verso un tema che ha meno a che fare con i mass media e riguarda piuttosto la personalissima comunicazione operatore sanitario-paziente. Negli ultimi anni si è parlato, sebbene a livello deontologico e non etico, di problematiche come quella del «consenso informato», che sembrava richiedere una particolare riflessione anche dal punto di vista legislativo. Manca però quasi del tutto una riflessione su ciò che effettivamente avviene, a livello di rapporto interpersonale, nella comunicazione privata, a due, tra medico e paziente. Questo ambito è stato troppo spesso soffocato da un'idea scienziata della medicina, secondo la quale il medico sarebbe detentore della sapienza relativa alla salute del paziente e il suo compito sarebbe semplicemente quello di applicare, caso per caso, la sua conoscenza atta a garantire la guarigione del malato. In questo modo la comunicazione operatore sanitario-paziente viene ridotta ad una semplice prescrizione. Se, infatti, il medico è a conoscenza del bene del paziente e se per raggiungere tale bene è sufficiente applicare una terapia, non è necessario che il paziente si renda conto di ciò che sta facendo, non si richiede una sua comprensione che viene lasciata al medico e ai suoi colleghi. Il paziente è un semplice «oggetto di scienza»: ai fini della riuscita della terapia poco cambia se egli sia un uomo o un animale o addirittura un automa.

Il primo interesse filosofico del metodo Rességuier è dunque quello di promuovere un rapporto operatore sanitario-paziente fondato sul «faccia a faccia»: il rapporto diventa un ambito in cui si dischiude la possibilità di un incontro. Le basi filosofiche di una tale idea possono essere fatte risalire ad alcune proposte del filosofo lituano Emmanuel Levinas (1905-1995). Quello che è più interessante è che questo rapporto non è considerato un accessorio alla terapia: l'assunto non è inizialmente quello della necessità etica di un buon rapporto tra medico e paziente. Su tale rapporto si fonda la possibilità stessa della riuscita terapeutica.

Questa assunzione apre al secondo motivo di interesse del metodo Rességuier: il suo particolare modo di pensare il paziente. Questi non è l'oggetto della scienza prima e della terapia poi, non è un essere disteso sul lettino che può essere guardato dall'alto e oggettivato dall'occhio medico: è l'essere in piedi che si presenta come un altro volto, non oggettivabile, che sfugge continuamente a qualsiasi etichetta. La malattia non è un aspetto errato del corpo del paziente che va eliminato. C'è un'unità tra corpo-paziente e malattia e questa unità, lungi dal dover essere spezzata deve essere meglio integrata ed equilibrata. Quello che mi sembra particolarmente interessante di questo approccio è che esso non può essere etichettato come «psicologico», ma apre a un modo di vedere l'unità cosiddetta «psicofisica» diverso e, a mio avviso, particolarmente fecondo. L'approccio psicologico alla malattia infatti presuppone una scissione concettuale tra corpo e psiche; una qualche disfunzione psicologica verrebbe a ricadere sul corpo determinando anche dei disturbi somatici. Ma nulla è più lontano dall'idea che il metodo Rességuier sviluppa dell'unità corporea che è l'uomo.

Cercherò ora di analizzare più profondamente questa nozione di corpo per poi passare all'analisi dello spazio comunicativo tra medico e paziente che essa dischiude. Successivamente cercherò di chiarire alcuni problemi terminologici che sono legati al linguaggio che ha finora descritto teoricamente il metodo Rességuier e infine cercherò, limitatamente alle mie competenze, di dare un'interpretazione del funzionamento della terapia in relazione alla sua applicazione alla fibromialgia.

Il "chiasma" della carne

Il modo di pensare il paziente e, in particolare, il suo corpo, viene ripreso, almeno in parte, dall'approccio fenomenologico e più specificamente da quello merleau-pontyano. A mio avviso, soprattutto, è l'opera del cosiddetto secondo Merleau-Ponty a dover essere analizzata per comprendere meglio questa tematica (1). La nozione più interessante che in essa viene sviluppata è quella di «chiasma». Con questo termine si intende una fusione e un intreccio tra ciò che tradizionalmente veniva considerato soggetto e ciò che tradizionalmente veniva considerato oggetto. Il problema che si pone Merleau-Ponty è il seguente: se il soggetto si oppone drasticamente al suo oggetto, come spiegare l'esperienza del corpo? Il corpo, il corpo proprio come ama chiamarlo, o il corpo fenomenale, è qualcosa che noi siamo oltre che qualcosa che noi vediamo, tocchiamo e sentiamo. Il corpo è l'esperienza che ci mostra come interno soggettivo e esterno oggettivo siano destinati a mescolarsi. Da questa prima esperienza tale intreccio si espande a macchia d'olio: la constatazione di Merleau-Ponty è che io posso vedere soltanto in quanto posso essere visto; il mio corpo, passivo davanti allo sguardo e alla percezione altrui è ciò che, proprio in virtù di questa passività, mi inserisce all'interno di un mondo e mi apre alla possibilità di percepirlo. In questo modo non vi è alcuna differenza tra vedere ed essere visto e l'esperienza dell'esterno diventa identica all'esperienza del toccare la propria mano: entrambe le mani sentono e sono sentite e, soprattutto, sentono proprio in quanto sono sentite.

(1) Per quanto potrebbe sembrare che il contributo merleau-pontyano più interessante nella direzione dell'analisi del corpo sia quello compiuto nella *Fenomenologia della percezione*, ritengo che quel suo primo approccio, molto legato a quello husserliano, non sia capace di superare quell'opposizione tra soggetto e oggetto che determina l'impasse principale del modo per così dire scientifico di considerare il paziente. Le opere a cui farò riferimento saranno quindi soprattutto *L'occhio e lo spirito* e *Il visibile e l'invisibile*.

Questo intreccio determina un'unità corporea del mondo che viene definita da Merleau-Ponty «carne». Nella carne ogni corpo è implicato e si confonde con gli altri distruggendo ogni distanza, ogni rottura. Ma vediamo che cosa significano queste nozioni se riportate all'ambito terapeutico da cui siamo partiti. L'idea di chiasma e il modo di considerare il corpo che da essa deriva implicano unità. Unità che si esplica a diversi livelli. In primo luogo un'unità tra il paziente ed il suo passato e con il suo futuro: la situazione pregressa del paziente è tutt'uno con lui ed è proiettata verso un futuro. In secondo luogo l'unità tra corpo del paziente e paziente: il paziente è il suo corpo e il corpo con cui si ha a che fare è il paziente stesso: non si può dunque considerarlo come un oggetto da curare per il bene del paziente. In terzo luogo un'unità tra il corpo del paziente e l'esterno: l'equilibrio e il benessere corporei sono strettamente collegati con l'integrazione del corpo nell'ambiente del quale è, in senso forte, parte. Non si può delineare una distinzione netta tra interno ed esterno dato che l'esterno è ciò che rende possibile l'interno e vice versa: il corpo è in quanto sta nell'intreccio del chiasma, è carne. Questo aspetto implica un'altra unità particolarmente interessante: quella tra paziente e medico che vengono ad essere una sola carne. In ultimo luogo l'unità tra corpo e linguaggio. Infatti, a ben vedere, il fatto che soggetto e oggetto siano mescolati e intrecciati nel chiasma, significa anche che il linguaggio e il pensiero, non possono essere scissi dal corpo: altrimenti diventerebbero essi stessi soggetto. È dunque necessario che il corpo si intrecci con il linguaggio: in particolare è la percezione che viene formata dal linguaggio. Questo non deve essere inteso nel senso psicologico: non si sta affermando qui che un certo pensiero o un certo linguaggio possano modificare la percezione naturale e distorcerla; al contrario, si sta sostenendo che ogni percezione è unione con il linguaggio che la forma, ogni percezione è un linguaggio ed un pensiero. Quest'ultima nozione risulterà, a mio avviso, particolarmente interessante al momento di analizzare la concreta applicazione del metodo Ressayguier che utilizza molto il linguaggio come metodo terapeutico.

La terapia deve dunque basarsi su queste assunzioni. L'operatore sanitario non potrà considerare il paziente come un oggetto da aggiustare, ma dovrà pensare la sua sofferenza come una rottura di quell'unità che il corpo costituisce con il paziente e con l'ambiente che lo circonda. Curare significa dunque mettere il corpo sulla strada della convalescenza, strada in cui esso reintegra quell'unità armonica che la sofferenza e la malattia avevano in qualche modo messo a repentaglio.

La terapia consiste allora nell'accompagnare il paziente sulla strada della convalescenza. È da qui che scaturisce quell'aspetto che ho chiamato «comunicativo» del metodo Rességuier: la terapia, in fondo, non è altro che questa comunicazione.

Il volto del paziente

La definizione dell'approccio comunicativo medico-paziente nel metodo Rességuier è debitrice nei confronti di Levinas; il fatto che il paziente non debba essere considerato come un oggetto implica, infatti, che la comunicazione venga strutturata in un modo diverso da quella tradizionale. È interessante considerare che l'obiettivo principale che fino ad ora si è creduto dover raggiungere in ambito di comunicazione sanitaria - con le varie deontologie professionali degli ordini degli operatori sanitari - è stato quello di non **trattare** il paziente come un oggetto, ma mai di non **considerarlo** tale. L'obiettivo principale dei codici deontologici è infatti quello di garantire il cosiddetto «consenso informato», e cioè di mettere il paziente nella condizione di comprendere, ad un livello più vicino possibile a quello del medico, la malattia che ha e la terapia che gli si propone. Questa **comprensione** aprirebbe poi alla possibilità di scelta; una scelta razionale tra una serie di possibilità proposte dal medico. Ora questo approccio presenta due problemi fondamentali: in primo luogo è evidente che la comprensione del paziente non potrà mai essere analoga a quella del medico; in secondo luogo le possibilità tra le quali il paziente

può scegliere (se poi ci sono) non sono le sue possibilità, ma quelle che qualcun altro (o al massimo un gruppo di altre persone se il paziente decide di rivolgersi a più medici) gli presenta.

Questo implica che, in primo luogo, il paziente comprenderà ciò che il medico vuole che lui comprenda e poi questa comprensione sarà utilizzata per una falsa scelta. È chiaro che, da un certo punto di vista, questi limiti e questi problemi sono costitutivi di qualsiasi comunicazione in cui si dia una disparità di livelli. Sono, dunque, in parte da accettare e da risolvere a monte con la scelta del paziente di rivolgersi a quel determinato medico - anche se essa non è una scelta sempre possibile per problemi economici, logistici, ecc. Colpisce però un aspetto di questo tipo di approccio che lo fa apparire particolarmente unilaterale: ciò che più propriamente caratterizza la comunicazione, e cioè la creazione di uno spazio comune tra i due interlocutori, è qui pensato esclusivamente come opera di uno dei due; la comunicazione è unidirezionale, il paziente non ha in realtà niente da dire al medico. Questo approccio alla comunicazione sanitaria non pecca tanto dal punto di vista etico, quanto da quello teorico: dimentica di analizzare e di regolare quell'aspetto della comunicazione in cui è il paziente a parlare ed è il medico a cercare di comprendere; questo aspetto è quello che poi permette la diagnosi e la proposta terapeutica. Le deontologie professionali non pensano la comunicazione medico-paziente come un incontro tra i due.

È invece da un approccio contrario che parte il metodo Ressayguier: la comunicazione viene pensata proprio come il luogo in cui il medico deve **seguire** il paziente. La terapia non si basa tanto su delle prescrizioni quanto su un **accompagnamento**: e si accompagna non dove vuole il medico, bensì dove vuole il paziente, è il corpo che è il paziente infatti ad aprire davanti a sé la strada della propria convalescenza, non è il medico che deve farlo. La comunicazione, in questo caso, non è più basata sulla comprensione: non si tratta tanto di **comprendere** il paziente, quanto di andargli incontro, di avvicinarsi a lui e di accompagnarlo. La comunicazione è pensata dunque come un donarsi. Il paziente è l'Altro di Levinas, un qualcosa che io non posso afferrare, comprendere e riportare sul mio

piano. L'Altro eccede ogni comprensione, sfugge ad ogni presa. E per questo ogni comprensione in senso stretto è violenza. Si tratta dunque di andare verso l'altro, di uscire da sé e donarsi.

È il caso ora di notare una differenza tra l'approccio levinassiano e quello del metodo Rességuier: secondo il filosofo lituano l'uscita da sé per andare verso l'Altro è una perdita del sé; il soggetto viene distrutto dall'apparizione dell'Altro, si disgrega, si frammenta fino a scomparire. Il medico, secondo l'impostazione del metodo Rességuier, deve, invece, sì donarsi, ma senza perdersi, mantenendo intatto il suo radicamento nel sé. Analizzerò nel prossimo paragrafo le motivazioni di questa differenza. Il medico si mette in una «postura di accompagnamento», che consiste nell'andare verso l'altro per poter camminare con lui verso la strada della convalescenza e della guarigione. In questa postura il medico riesce a creare una vicinanza, persino un contatto, che fa vivere all'altro l'esperienza della naturalezza del rapporto. È proprio questa esperienza di naturalezza che aiuta il processo di reintegrazione delle funzioni corporee. L'incontro medico-paziente ristabilizza nel corpo del paziente l'equilibrio del suo rapporto con l'esterno e gli consente di iniziare a percorrere la strada che lo porta verso una reintegrazione del suo rapporto con l'interno. È in questo che consiste l'atto terapeutico. Se nel metodo Rességuier questo è l'**unico** (o quasi) atto terapeutico, non si può negare che esso avrebbe un'importanza capitale anche in approcci terapeutici diversi. La postura di accompagnamento, il tentativo di andare verso l'Altro in modo da rendere possibile un incontro, dovrebbe essere centrale e proficuo (e non parlo soltanto dal punto di vista etico, evidentemente) in qualsiasi tipo di rapporto operatore sanitario-paziente.

L'applicazione del metodo Rességuier alla fibromialgia

Mi pare interessante proporre una breve analisi di una applicazione del metodo Rességuier: la sua applicazione terapeutica alla fibromialgia. Credo che tale malattia si presti in particolar modo ad una interpretazione che chiarisca le ipotesi che ho proposto. La fibromialgia è, infatti, una malattia dall'eziopatogenesi incerta. Tra le tante interpretazioni che sono state date delle sue cause la più interessante e quella che meglio spiega la riuscita del metodo Rességuier come sua terapia è quella che la riporta ad una disfunzione della nocicezione. I sintomi della fibromialgia - dolore intenso dei tender points, astenia, disturbi del sonno - non hanno apparentemente nessuna controparte fisiologica: tutti gli esami medici risultano negativi. È per questo che è stata spesso definita una malattia psicosomatica. Ma i sintomi psicologici, è stato dimostrato, sono piuttosto causati dal dolore. Questo dolore è stato dunque interpretato come una disfunzione percettiva. In altre parole la soglia nocicettiva si abbassa fino a dare adito ad un dolore continuo.

Mi sembra interessante interpretare questa disfunzione proprio nei termini di quella **rottura dell'unità corporea** di cui abbiamo parlato. L'abbassamento della soglia nocicettiva può essere pensato proprio come la disfunzione causata da questa rottura. La terapia consisterà dunque nel reintegrare l'unità. È evidente qui come si possa dire che il corpo deve essere accompagnato sulla strada della convalescenza: questa strada è proprio quella del riequilibrio delle sue funzioni; sarà il corpo stesso a ritrovare questo equilibrio, o a ristabilirlo, anche in modo diverso rispetto a prima della malattia.

Il terapeuta si **donerà** al paziente nel senso che cercherà di avvicinarsi al suo ambiente percettivo. Concretamente lo aiuterà a porre l'attenzione sulla propria percezione. Partendo dalla percezione dell'interno il paziente approfondisce le sue sensazioni percettive grazie ad una vicinanza fisica e linguistica del medico.

Il terapeuta domanderà dunque, ad esempio, come il paziente percepisce una determinata parte del corpo. La richiesta di esprimere la percezione linguisticamente va anch'essa nel senso di quell'unità di cui ho parlato. Soggetto e oggetto si fondono nella fusione tra sensazione e linguaggio che divengono durante la seduta terapeutica, la stessa cosa. È in questo modo che lentamente **l'unità percettiva viene ristabilita** fino a dare una migliore impressione anche dell'ambiente esterno. Il paziente infatti vive il dolore come una fondamentale disfunzione di tutti i suoi rapporti. Riequilibrando la sua unità percettiva egli ritrova anche una funzionalità del suo rapporto con l'ambiente che lo circonda.

Concludo l'esposizione di queste mie ipotesi ricordando che esse sono piuttosto una riflessione filosofica che il tentativo di inquadrare il metodo Rességuier in una precisa rete concettuale. E questo non solo per uno stacco tra teoria e prassi, dichiarare il quale equivarrebbe a dichiarare lo scacco della filosofia, ma soprattutto per il continuo differenziarsi della teoria rispetto a se stessa, per la sua totale apertura e frammentazione.