

CLARA BALLERINI

“PENSARE” IN MEDICINA

“Pensare” in medicina, questa parola posta fra virgolette è il centro del dibattito dell’omonimo convegno organizzato dal Centro Fiorentino di Storia e Filosofia della Scienza in occasione della quarta settimana della cultura scientifica.

Nella relazione di apertura tenuta da M. Grmek, storico della medicina, docente all’*École pratique des Hautes Etudes* di Parigi, si parla delle *antinomie* del pensiero medico. La mente umana non può capire, comprendere la complessità della realtà, dice Grmek; metaforicamente, l’approccio scientifico e filosofico è sempre unilaterale, unidimensionale. È proprio l’incapacità di comprendere con un’unica idea la realtà che genera le antinomie. Esse quindi non sono necessariamente insite nella realtà, ma piuttosto precondizioni del pensare umano. Stato-processo, struttura-funzione, causa-scopo, semplice-complesso, mente-pensiero, parte-tutto, eccetera: questi sono solo alcuni esempi delle antinomie, citate da Grmek come eterne, che coprono tutto il pensiero medico. In medicina si è lungamente discusso, per esempio, se è malata la parte, che fa soffrire l’insieme, o se è il tutto che fa soffrire una sua parte, e questa dualità può venire rimossa, ma non eliminata. Nel pensiero medico, conclude Grmek, ogni approccio è quindi parziale, può essere adeguato ma non esauriente ed è per questo che la storia della medicina può servire forse ad aiutare a curare le malattie.

Sempre in tema storico-filosofico è intervenuto il professor E. Voltaggio dell’università di Macerata. La riflessione diagnostica del medico, secondo il professor Voltaggio, è una ricapitolazione di esperienze personali e remote ed è pervasa da un *pathos* antichissimo dato dalla pressione di una domanda: che cos’è la medicina? Il medico può giovare dell’approccio degli scienziati e rispondere che la medicina è quella disciplina, che è definita tale da un numero elevato di persone competenti, salvandosi così dalla pressione, dal pesante vissuto dell’interrogativo. La medicina celebra costantemente la propria autobiografia, priva di comprensione e consapevolezza. Per comprendere, aggiunge Voltaggio, è necessario *sostituire il pensare autobiografico con il pensiero autocomprendente* e questo può avvenire solo tramite il pensiero storico, facendo attenzione agli errori di ricostruzione dei quali il professor Voltaggio ha fatto un censimento. Una categoria di errore è quella dell’anticipazione: si individua in una grande figura medica del passato l’anticipatore di idee contemporanee: così ha fatto, ad es., Jung sostenendo Paracelso come anticipatore del concetto di inconscio collettivo.

Antinomie e fallacie quindi nel pensiero e nella storia della medicina, ma cosa succede al letto del malato?

Il pensiero clinico, nel senso di ciò che il medico fa al letto del malato, non esiste, così esordisce nella sua relazione G. Federspil dell’Università di Padova. Di fatto, prosegue Federspil, la clinica è sempre uguale a se stessa, essa infatti non varia in virtù di avanzamenti teorici propri, ma in virtù di quelli delle scienze di base. Più che *pensiero* la clinica ha *metodo* e le regole di tale metodo sono vere e proprie tecniche specifiche. La medicina clinica è una risposta codificata a problemi già risolti in precedenza (una scienza “normale” secondo Kühn) ed il clinico di conseguenza più che conoscere deve riconoscere. Il medico, dice Federspil, classifica come uno zoologo e vi è una grossa differenza fra catalogare e spiegare, fra l’indagine nosografica e l’attività esplicativa: spiegare le cause di una malattia può non coincidere con il formulare la diagnosi. Al letto del malato

si ritrovano due euristiche: una deduttiva, che comprende l'osservazione dei segni, la deduzione (appunto), l'esclusione di talune ipotesi ed infine l'opzione diagnostica, l'altra congetturale, concentrata sul valore dei segni e sulla distanza del paziente dai vari quadri patologici. L'attività clinica nel suo complesso è un insieme di osservazioni probabilistiche di tipo nosografico e di osservazioni fisiopatologiche; il ciclo più generale di ragionamento è questo: osservazione, catalogazione dei fatti, verifica o nuovi dati, classificazione e messa in teoria dei dati. Tale ciclo è ben lontano dalla diagnosi di tipo fisiopatologico che fornisce spiegazioni in modo causale: in medicina dunque il modello nomologico deduttivo (Popper) non funziona. Il medico decide, conclude Federspil, che l'evidenza è sufficiente per passare alla prognosi e alla terapia e non troverà mai una corrispondenza biunivoca fra quadro dei segni e malattia.

Per uno psichiatra, può essere rassicurante constatare che problemi analoghi a quelli che egli stesso dibatte riguardano non solo la propria disciplina, ma la medicina *in toto*. Come ha ricordato autorevolmente Engelhardt, vicerettore dell'Università di Lubeca, "pensare" oggi in medicina è più che altro un pensare "sopra" o "fuori" dalla medicina. Per questo, in Germania, dal prossimo anno, etica, teoria e storia della medicina saranno insegnamenti obbligatori nel corso di studio di Medicina. Il problema, inaggrabile, della consapevolezza storica, epistemologica ed etica di una disciplina, che vuole definirsi scientifica, è posto con ironia ed incisività dall'aforisma conclusivo di Grmek: «Un buon medico pensa di capire, un buon filosofo capisce di pensare soltanto».

Dott. Clara Ballerini
Via degli Avelli, 6
I-50123 Firenze