

La relazione di cura: perché è importante “esserci”

di Sabrina Cipolletta

Ricercatrice presso il Dipartimento di Psicologia Generale dell'Università degli Studi di Padova

Sommario

Il concetto di “Esserci” è centrale in diversi approcci (dal costruttivismo alla fenomenologia, dalla teoria dell'azione situata al buddismo) e può essere considerato un elemento costitutivo della relazione di cura. Attraverso l'esplorazione di diverse situazioni in ambito sanitario illustrerò come *esserci* nella relazione implichi apertura, autenticità e co-responsabilità e possa riportare la relazione di cura entro quelle traiettorie che la contraddistinguono sin dalle sue origini, ma che si sono andate perdendo.

Parole chiave

costruttivismo, relazione di cura, fenomenologia, presenza.

Summary

The concept of “Being-in” is central in different theoretical frameworks (phenomenology, constructivist, situated action theory and buddhism) and it may be considered essential in the health care relationship. By examining different clinical situations I explore how being in the relationship implies openness, authenticity and co-responsibility. It may lead health care relationship along those trajectories that characterize it, but that have been losing for a long time.

Key words

constructivism, health care relationship, phenomenology, presence.

*L'oggetto di questa bizzarra scoperta,
di cui sarebbe fatta niente meno che la vita, non è esterno al nostro domandare e
domandarci, insomma non è fuori dal gioco.
E' dentro il gioco.*

Pier Aldo Rovatti

Cosa vuol dire “curare”? Gadamer (1993), recuperando il significato etimologico del termine, sottolinea come esso si riferisca al tastare con la mano il corpo del malato, “palpare”. In questo modo pone in primo piano nella relazione di cura l'esserci della persona (medico e paziente) nella sua corporeità. Per questo vorrei iniziare introducendo il concetto di “presenza”, a cui si riferisce l'esserci, per osservare cosa accade quando essa è tenuta fuori dalla relazione medico-paziente e quando, invece, entra in questa relazione. A conclusione esamineremo cosa vuol dire stare dentro il gioco.

1. Cosa vuol dire “esserci”

Il concetto di Esserci (*Dasein*) è centrale nella fenomenologia di Husserl, Heidegger, Schultz e Merleau-Ponty che, più di chiunque altro, hanno sottolineato come il nostro essere al mondo è radicato nella nostra corporeità poiché noi incontriamo il mondo praticamente, agendo in esso (Heidegger, 1927). Merleau-Ponty (1945) suggerisce che “*il mondo non è ciò che io penso, ma ciò che io vivo*” (p.26). Di solito non siamo consapevoli di ciò che facciamo, come non siamo consapevoli dei nostri occhi che vedono finché non portiamo la nostra attenzione su di essi perché, ad esempio, soffriamo di un disturbo visivo che ci impedisce di usare questa funzione nel modo abituale. Del resto è questa la caratteristica distintiva della percezione: non può essere conosciuta finché si dà; nel momento in cui la conosco non c'è più. E' la distinzione introdotta da Heidegger (1927) per considerare un qualsiasi utensile, ad esempio un martello, come “utilizzabile” (*zuhanden*), cioè invisibile a chi lo usa, che lo percepisce come un semplice prolungamento del proprio braccio, e “presente” (*vorhanden*), oggetto della nostra attenzione.

Questa distinzione è ripresa nell'ambito della *Human-computer interaction* per comprendere come, quando noi utilizziamo una tecnologia (ad esempio il *mouse*), essa sparisce dalla nostra percezione, si fa sfondo, mentre in determinate circostanze (ad esempio quando raggiungiamo il bordo del *mousepad* o progettiamo una nuova tecnologia) diventiamo coscienti della tecnologia che media la nostra azione (Dourish, 2001). Non è un caso che il concetto di presenza è stato usato negli studi sulla comunicazione mediata per indicare la capacità di un mezzo di mettere in comunicazione gli interlocutori. Attualmente è usato per indicare l'esperienza complessiva di essere in un ambiente mediato, specialmente in un ambiente virtuale, dove la presenza è il risultato dell'azione che viene compiuta nell'ambiente (Spagnoli, Varotto, Mantovani, 2003). Questa visione è in linea con la teoria dell'azione situata (Suchman, 1987), che considera l'azione una risposta data “*moment-by-moment*” alla configurazione dell'ambiente in cui si svolge. La nostra azione dipende, quindi, dalla configurazione del territorio e può essere descritta in termini di adattamento (*fit*) piuttosto che rappresentazione (*match*), come von Glasersfeld (1984) ha proposto.

Questa concezione della conoscenza come azione è radicata nell'ottica costruttivista, che considera i sistemi viventi come sistemi che agiscono in un mondo di relazioni, i sistemi di terz'ordine, entro i quali nasce il linguaggio e l'autocoscienza (Maturana e Varela, 1980). Ma l'azione, lungi dall'essere un processo mediato dalla riflessione, è piuttosto una forma di riorganizzazione immediata in un ambiente. Per questo Varela (1999) parla di “*enazione*” come far emergere per mezzo della manipolazione concreta. Anche Kelly (1955), ponendo l'accento sul processo di anticipazione, propone una concezione della conoscenza come “*questioning act*”: “*conosciamo un evento attraverso il nostro atto di approcciarci a esso. Ci poniamo domande, non in modo meramente accademico, ma comportamentalmente*” (Kelly, 1979, p.26). In questo modo anche lui sottolinea come incontriamo il mondo con il nostro agire in esso e getta le fondamenta per i più recenti sviluppi della psicologia dei costrutti personali volti ad integrare la teoria e la pratica costruttivista con teorie e pratiche più centrate sulla corporeità (Cipolletta, in stampa). McWilliams (2012) propone un'integrazione con la *mindfulness* e Leitner (2007) parla di una psicoterapia dei costrutti personali esperienziale, proponendo un'integrazione di teoria, tecnica e persona: “*Nella misura in cui la mia 'tecnica' non sorge spontaneamente da me come reazione genuina all'incontro nella stanza della terapia, la terapia passa da un 'fare con' a 'un fare su'.*” (pag. 35) L'interazione presente è posta quindi al centro della terapia.

Come alcuni autori costruttivisti hanno espressamente evidenziato, questa attenzione al presente come elemento costituente dell'esperienza è caratteristica del Buddismo. In quest'ottica non è possibile isolare un'essenza o identità esistente in sé perché tutti i fenomeni sono vuoti di una natura pre-definita (vacuità) e impermanenti (McWilliams, 2012; Varela, Thompson, Rosch, 1991). Ciò implica che anche noi non possiamo attaccarci al possesso di un'identità personale o a qualsiasi altra cosa come fosse esistente in sé, ma possiamo solo considerare noi stessi e gli altri come transitori. Il momento presente diviene quindi fondamentale e la meditazione è un modo per sperimentare questa presenza mediante l'accettazione di tutto ciò che accade nel presente, combinando l'attenzione alla sospensione del giudizio.

Nella *mindfulness* la presenza è contrapposta all'assenza, che si verifica “quando la persona si rifiuta di riconoscere o semplicemente vedere un pensiero, un'emozione, un desiderio o un oggetto percepito” (Brown e Ryan, 2003, pag. 823). Possiamo quindi considerare presenza e assenza come due poli dello stesso costrutto che definisce la nostra esistenza. Riprendendo la terminologia fenomenologica possiamo riferirci a questo costrutto con il termine “esserci” e considerare l'essere dentro e l'essere fuori come i due poli contrapposti che costituiscono questa dimensione. Questo tipo di descrizione risulta particolarmente utile quando consideriamo la relazione di cura.

2. Esserci nella relazione di cura

Mahoney (2003) descrive in modo molto efficace cosa avviene quando non siamo presenti nella relazione: “La maggior parte di noi può ricordare quei momenti in cui eravamo assenti in modo imbarazzante in una conversazione con un amico o un cliente. Come si dice ‘le nostre luci erano accese, ma noi non c'eravamo.’ Potevamo guardare negli occhi l'altra persona e perfino assentire mostrando un'apparente comprensione, ma la nostra coscienza era altrove. Chi ci conosce bene ed è sintonizzato con i sottotitoli della nostra presenza può richiamare la nostra attenzione chiedendoci ‘Ci sei?’, ‘Dove sei?’, ‘Ehilà... C'è qualcuno?’ Più spesso l'altro, per educazione, non dice nulla” (pag. 16). Mahoney (2003) si riferisce soprattutto alla relazione psicoterapeutica e anche Stern (2004) ha dedicato un intero libro a “Il momento presente nella psicoterapia e nella vita quotidiana”. Quest'ultimo descrive il momento presente come un momento di incontro, che va oltre qualsiasi tecnica. Ma l'ansia può impedire al clinico di essere autentico nella relazione.

Vorrei portare alcuni esempi tratti dai contesti di cura, principalmente in ambito medico, anche se potrei riportare esempi dalla mia pratica psicoterapica, come ho fatto in un precedente lavoro (Cipolletta, 2012) perché non c'è differenza tra questi due contesti se si pone in primo piano l'esserci nella relazione. Partirò dal considerare due esperienze che non hanno a che fare strettamente con la malattia perché semplicemente definiscono i confini della vita, il suo inizio e la sua fine, ma che ricadono nell'ambito della medicina poiché nella società attuale sono stati addomesticati facendoli rientrare sotto il controllo della clinica (Foucault, 1963). Considererò poi la comunicazione medico-paziente nell'ambito della formulazione della diagnosi e questo ci porterà a considerare l'inevitabile incertezza di cui è intrisa la relazione di cura.

Ai confini della vita: nascere e morire

Vorrei partire dalle mie esperienze di relazione nel parto. Da un lato ho sperimentato l'essere un corpo-oggetto (*korper*), manipolato e trattato anche farmacologicamente

senza nessun riguardo per la persona che quel corpo era, senza interpellarla e neppure vederla. Dall'altra ho sentito il supporto, nel senso letterale del mio peso portato sul corpo di un'ostetrica, che innanzitutto mi aveva riconosciuto come persona, con lo sguardo e il semplice gesto di presentarsi, con il riconoscermi e ri-conferirmi un senso di *agency*: la nascita allora non era più qualcosa che avveniva mio malgrado, ma un'esperienza che stavo vivendo. Ho poi collezionato storie di decine di altre donne e ho scoperto che non ero l'unica ad avere simili esperienze, che anzi troppo spesso la nascita nel contesto ospedaliero assume le tinte dell'esperienza del primo tipo che ho descritto, anche a discapito delle direttive mondiali e locali (Cipolletta e Sperotto, 2012). Ma perché? Cosa ci vuole a mettere in gioco quell'umanità che ci contraddistingue e che può passare anche per semplici gesti come quelli che ho descritto nel secondo tipo di esperienza?

Da una ricerca condotta con gli operatori sanitari che quotidianamente hanno a che fare con un'altra esperienza, la morte, dove di nuovo la dignità del malato spesso soccombe di fronte al tentativo di dimostrare l'infallibilità della medicina (non solo da parte del personale sanitario, ma anche dei familiari della persona morente), è emerso che al di là del tempo e dei vincoli organizzativi posti da un sistema che considera il malato equivalente a una prestazione, è difficile sopportare il carico emotivo che entrare in una relazione comporta (Cipolletta & Oprandi, in stampa). Qualcuno potrà osservare che tale carico è legato alla vicinanza con la morte, "*il più terribile dei mali*", come l'ha definito Epicuro, perché "*quando ci siamo noi non c'è la morte, quando c'è la morte noi non siamo più*". Ma lo stesso imbarazzo e lo stesso sottrarsi dalla relazione lo si ritrova, ad esempio, nella comunicazione della diagnosi.

La comunicazione della diagnosi

Tanto si è scritto sulla comunicazione di cattive notizie e di come possa esser fatta in un modo più attento alla persona (Foukner, 1998). Il famoso modello SPIKES (Baile, Buckman, Lenzi, Glober, Beale, Kudelka, 2000; Buckman, 2005) potrebbe essere applicato alla comunicazione di qualsiasi diagnosi e in generale alla relazione medico-paziente. Eppure ho collezionato storie di pazienti e caregiver che raccontano di una comunicazione che non lascia spazio alla comprensione dell'impatto che una diagnosi di cancro può avere (Cipolletta, 2013). Un esempio per tutti, il racconto di questa donna: "*Il medico che mi ha fatto la TAC mentre la faceva mi ha detto 'cancro!' (...) poi mi ha mandato da un chirurgo che, vista la diagnosi, mi ha messo preoccupazione, io ho reagito dicendo 'mandami in un ospedale più adeguato', e lui per dispetto mi disse: tanto muori lo stesso!*"

Di nuovo possiamo pensare che ciò accada perché abbiamo a che fare con una malattia che mina la sopravvivenza della persona e di conseguenza minaccia chi la cura perché lo pone di fronte al fantasma della propria morte e al fallimento dell'onnipotenza della medicina. Del resto che la medicina debba arrendersi all'incurabilità di certi mali è un'evidenza testimoniata dal diffondersi di malattie croniche (come artrosi, demenza, ecc.) spesso inspiegabili (come sclerosi multipla, psoriasi, fibromialgia), che essa stessa ha contribuito al diffondersi con l'avanzamento delle cure mediche e il crescente successo delle tecniche di rianimazione. Anche nell'ambito della terminalità, però, esistono tante buone prassi e nuove soluzioni che una medicina capace di reinventarsi ha introdotto, sostituendo all'ostinata ricerca di una guarigione la compartecipazione nella relazione, che si esprime nelle cure compassionevoli e palliative. Ma usciamo pure da questo ambito e consideriamo cosa accade in territori che dovrebbero essere meno minacciosi perché la diagnosi non ha a che fare con malattie potenzialmente mortali.

Prendiamo, ad esempio, una visita da un medico generico per un banale mal di gola. Stewart et al. (2003) evidenziano come cinque secondi di scambio comunicativo di un certo tipo possono evitare che una visita di routine si trasformi in un dramma (Miller, 1992):

Dottore: Mentre cerco l'abbassalingua, c'è qualcosa in particolare che devo sapere di questo mal di gola?

Paziente: No (pausa)

Dottore: Pensa che ci sia qualcosa al di fuori dall'ordinario?

Paziente: No... non penso.

Dottore: C'è qualcos'altro della sua vita che vuole raccontarmi oggi?

Paziente: No, va tutto bene.

Gli autori evidenziano come semplici e veloci modalità comunicative possano caratterizzare un modo differente di porsi in relazione, che contraddistingue una medicina centrata sul paziente. Evidenziano sei componenti di questo metodo (Stewart et al., 2003):

1. Esplorare la malattia e l'esperienza della malattia
2. Comprendere la persona e il contesto (individuo e famiglia)
3. Trovare un territorio comune (se vuoi conoscere una persona, chiedile cosa le interessa)
4. Incorporare prevenzione e promozione della salute
5. Migliorare la relazione medico-paziente tenendo presente che la domanda sottostante la richiesta che il paziente pone è "posso fidarmi di te?"
6. Essere realisti, ad esempio rispondendo in modo diretto a domande del tipo "per quanto resterò in sedia a rotelle?"

Gli autori propongono anche una serie di affermazioni che veicolano empatia (ad es. "Immagino quanto sia sconcertante (o doloroso) per lei", "E' difficile anche per me", "Mi dispiace doverle dire questo..."), domande esplorative ("Cosa intende?", "Mi dica qualcos'altro in merito a questo") e risposte validazionali ("Capisco come possa sentirsi", "Chiunque potrebbe avere la stessa reazione", "Altri pazienti hanno avuto esperienze simili" o "Mi sembra abbia capito di che si tratta"). Lungi dal rappresentare una sorta di prontuario queste indicazioni rappresentano solo un esempio di come si può entrare in contatto con la persona. Vorrei portare un ultimo esempio di comunicazione empatica, tratto da Baile e al. (2000), in qualche modo per presentare un'alternativa alla comunicazione di diagnosi infausta che ho riportato per introdurre questo argomento:

Dottore: Mi dispiace dirle che la radiografia ha mostrato che la chemioterapia non sembra aver funzionato (pausa). Sfortunatamente, il tumore è progredito.

Paziente: E' ciò che temevo (piange).

Dottore: (sposta la sedia più vicino al paziente, gli offre un fazzoletto e aspetta) So che non è ciò che avrebbe voluto sentire. Avrei preferito che le notizie fossero migliori.

L'incertezza nella relazione di cura

Torniamo alla domanda: cosa impedisce al medico di entrare in una relazione autentica di questo tipo? Credo che la risposta sia da cercare nell'ansia a cui accennavo nell'introdurre questo paragrafo: di fronte all'incertezza intrinseca non solo di certe malattie, ma di qualsiasi diagnosi il medico perde quei capisaldi a cui si era aggrappato per mantenere l'illusione di avere un controllo sulla situazione, che in altri termini vuol dire avere una diagnosi chiara, una cura e una prognosi sicura. Ma come Boria (2012) suggeriva nel precedente numero della rivista *Riflessioni Sistemiche*, rievocando la suggestiva immagine di Alice nel paese delle meraviglie, che gioca a croquet usando dei fenicotteri come mazze, ciò con cui il medico ha quotidianamente ha che fare è ben lontano dall'essere solido e immutabile e si confronta piuttosto con la sfuggevolezza che caratterizza tutto ciò che è vivente. Si tratta del passaggio da una visione oggettivista, moderna della conoscenza e della vita a una costruttivista, post-moderna; da una visione univoca, a una riflessiva, in quanto relativa a colui che conosce e si conosce, di conseguenza meno statica e rassicurante e più "fluida" (Bauman, 2000) e "rischiosa", ma anche innovativa piuttosto che conservativa, aperta alle nuove domande piuttosto che in cerca di risposte che chiudono la conoscenza e, infine, non diretta a uno scopo, ma inserita in un sistema più ampio, co-ordinato (Dell, 1982).

Dentro questo sistema è possibile interrogarsi sul senso della malattia (Frank, 1995; Bert, 2007) e scoprirne l'irriducibile inconoscibilità, che non è propria solo di certe malattie, considerate ambigue (Cipolletta, Beccarello, & Galan, 2012; Griffiths et al., 2010; Griffiths, Green, & Tsouroufli, 2005), ma di qualsiasi malattia. Perciò la diagnosi non può basarsi solo sull'evidenza perché l'evidenza deve essere interpretata, come evidenziato da Greenhalgh (1999) a partire da un esempio di diagnosi precoce di meningite. In quel caso il medico fece la diagnosi sulla base della conoscenza della famiglia, che gli permise di comprendere che l'apprensione materna per i sintomi del figlio era giustificata. Un altro esempio è l'interpretazione di una radiografia al torace che varia a seconda che si tratti di un accanito fumatore ultra sessantenne o di un ventenne tornato dall'India. Tutti questi casi mostrano l'utilità di un'integrazione tra evidenze empiriche e intuito.

3. Quali le implicazioni?

Sintetizzerei le implicazioni di un approccio alla persona che si basi sulla presenza, quindi sul mettersi in gioco in prima persona, in tre aspetti che possono caratterizzare questo tipo di relazione: l'apertura, l'autenticità e la co-responsabilità. In una prospettiva ermeneutica apertura significa accogliere l'orizzonte dell'altro nel proprio (Gadamer, 1960), ma anche praticare la *reverie* materna di cui parla Bion (1961), la capacità di sentire e dare senso a ciò che sta succedendo nel bambino. Prendersi cura vuol dire essere affezionati e questo non significa relegare il paziente in una posizione infantile di passività, ma accompagnarlo nel suo viaggio come una madre accompagna

il suo bambino nella crescita. Questo implica che curare (*to cure*) si trasforma in prendersi cura (*to care*), come viene suggerito all'interno della medicina narrativa, e che la comprensione viene posta al centro del processo di cura. Per comprensione non intendo cercare una spiegazione razionale di ciò che il paziente vive, ma sussumere i processi di costruzione dell'altro nel proprio sistema di costrutti, come Kelly (1955) suggerisce. Questo processo può essere descritto come una forma di abbraccio, è un processo corporeo, intuitivo piuttosto che astratto e ragionato. Consiste nel mettersi nella posizione di imparare, essere toccato e cambiato dall'altra persona, "*stand under*", come suggeriva Mair (1989) giocando con il termine inglese "*understand*". Questa posizione richiede umiltà, che permette di considerarci come parte di un mondo integrato (Bateson, 1972; Leitner, 2011). Preferisco riferirmi a questo aspetto con il termine autenticità perché mi sembra più fedele alla visione paritaria che caratterizza l'ultimo aspetto di una relazione di cura che si basi sulla presenza.

L'autenticità ha a che fare con l'accettazione del nostro essere come essere gettati nel mondo (Heidegger, 1927) e con la sospensione del giudizio che anche nella meditazione si pratica (Childs, 2007). Essa ci permette di interagire con l'altro sulla base della nostra manchevolezza, considerando questa manchevolezza un aspetto costitutivo dell'esistenza. Jaspers (1986) parla del "guaritore ferito" come di colui che è in grado di entrare in contatto con la sofferenza del paziente attraverso la propria sofferenza e suggerisce questa via ai medici per comprendere i propri pazienti. "*Il medico che si fa filosofo è pari a Dio*" (Jaspers, 1986) non perché ne emula e rivendica l'onnipotenza, ma, al contrario, perché, mettendo in gioco la sua umanità, si pone al pari degli altri esseri umani e questo gli permette di abbracciarli grazie alla comprensione che ha di loro. Il termine "abbracciare" rimanda di nuovo alla natura "incarnata" di questo processo di comprensione. Anche Lacan (1964) ritiene che l'analisi inizia quando l'analista cessa di essere "il soggetto supposto sapere". Allora si apre la possibilità di una relazione co-operativa, che riconosca la co-responsabilità dei partecipanti alla relazione.

Entrambi sono responsabili di ciò che accade nella relazione. Se, ad esempio, consideriamo il tema dell'adesione alle cure mediche, quando un paziente non segue la cura farmacologica prescritta, invece di ritenere che si sta contrapponendo o sta disobbedendo a ciò che il medico gli suggerisce, possiamo chiederci che cosa sta tentando di fare, che cosa gli impedisce di fare qualcos'altro, cosa vorrebbe dire per lui aderire alla cura. Possiamo anche chiederci cosa vuol dire per il medico questa risposta, quanto essa minacci il suo ruolo. Stare dentro una relazione riconoscendo il ruolo attivo di entrambi i partecipanti ad essa vuol dire riconoscere con onestà anche questa possibilità e poter di conseguenza scegliere di fare qualcosa di diverso.

4. Il medico in azione

"Il rapporto del malato con il medico può essere molto diverso: qualche malato si consegna ciecamente al medico con fiducia illimitata; un altro si pone nei suoi confronti con la fiducia consapevole che nutre verso un amico dal quale non si attende nulla di sovraumano, ma di cui non teme neppure l'infallibilità. Uno ama il medico perché infinitamente prodigo di aiuto, un altro lo odia perché l'essere medico è legato all'essere malato, o perché, consapevole della propria impotenza, non sa come sfuggirgli (...) L'uno ragiona scetticamente come Montaigne: se ti ammali non chiamare il medico: ti troveresti con due malattie. L'altro, come accade fin dai tempi di Omero, prova gratitudine per quanto, di fatto, il medico può fare. (...) Il senso della

malattia consiste nel condurre chi ne è colpito al senso della vita” (Jaspers, 1986, pp. 17-19)

La relazione medico-paziente può essere ricondotta allora al senso originario del rapporto di amicizia suggerito da Aristotele. Esso è finalizzato al perseguimento dell'utilità e della virtù poiché medico e paziente dipendono l'uno dall'altro per soddisfare i propri bisogni e perseguire i propri scopi (curare e essere curato). Questa relazione non può più essere considerata istruttiva, ma perturbativa (Maturana e Varela, 1980), per cui il medico non è un “mestierante” che applica delle tecniche su un paziente passivo, che risponde, ma diviene un “artista” che crea la sua opera favorendo l'emergere del meglio che c'è nella materia. Presupposto è che “*il corpo umano vivente è un sistema complesso ciberneticamente integrato*” (Bateson, 1972, pag. 180) e solo se il medico tiene conto della relazione ricorsiva tra l'ambito biologico, emotivo e delle relazioni interpersonali, può comprendere la patologia. Essa fa parte di un tutto più vasto chiamato “salute”, che rimanda a un equilibrio vitale di diverse forme di esistenza. Il medico che si fa artista inserisce la tecnica all'interno di una comprensione più vasta delle cose e si pone al “servizio” del malato, trattandolo con “cautela e riguardo”.

L'arte arricchisce la razionalità della scienza medica che si limita a cercare medicinali, come il vaccino per la poliomelite, con la saggezza che deriva da una comprensione ecologica superordinata che riguarda il mondo sociale e naturale (Gadamer, 1993). Non è un caso che qualcuno ha intitolato un libro sull'applicazione dell'epistemologia cibernetica alla terapia “L'estetica del cambiamento” (Keeney, 1983) e che Bateson (1972) ha paragonato l'arte al gioco. Esserci nella relazione ci può far trovare di fronte a un mare aperto in cui non sappiamo cosa fare e cosa succederà. Possiamo solo accettare la scommessa e condividerla con il paziente, come quando si entra in un gioco e si accetta la regola di non interrogarsi sulle regole (Bateson, 1972). Da questo paradosso derivano quei “pasticci” che contraddistinguono il gioco e la follia dei nostri corpi in interazione (Rovatti, 2000) ed è qui che si nasconde la verità poiché, come sottolinea Rovatti nella citazione posta all'inizio di questo saggio, il domandare, che caratterizza la nostra esistenza, è dentro il gioco, è il gioco stesso della nostra vita.

Bibliografia

- Baile W. F., Buckman R., Lenzi R., Gloger, G., Beale E. A., Kudelka A. P., 2000. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer, *The oncologist*, 5(4):302-311.
- Bateson G., 1972. *Steps to an ecology of mind*, Ballantine, New York.
- Bauman Z., 2000. *Liquid Modernity*, Polity, Cambridge.
- Bert G., 2007. *Medicina narrativa. Storie e parole nella relazione di cura*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
- Bion W. R., 1961. *Experiences in Groups*, Tavistock, London.
- Boria S., 2012. Curare ripartendo dal territorio: verso una medicina di famiglia sistemica, *Riflessioni sistemiche*, 7, 146 – 159.
- Brown K. W., Ryan, R. M., 2003. The benefit of being present. Mindfulness and its role in psychological well-being, *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822-848.
- Buckman R.A., 2005. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy, *Psychosocial Oncology*, 2 (2): 138-142.

- Cipolletta S., 2012. Presence in the health care relationship. In: S. Cipolletta & E. Gius (Eds.). *Ethics in action. Dialogue between knowledge and practice* (pp.33-42), LED, Milano.
- Cipolletta S., 2013. *The family caregivers of patients with cancer: Roles and challenges*, in *Caregivers: Challenges, Practices and Cultural Influences*, Nova Science Publishers, New York.
- Cipolletta S., in press. *Construing in action: Experiencing embodiment*, *Journal of constructivist psychology*.
- Cipolletta S., Beccarello S., Galan A., 2012. A psychological perspective of eye floaters, *Qualitative health research*, 22, 1547-1558.
- Cipolletta S., Oprandi N., in press. *What is a good death? Health professionals' narrations on end-of-life care*, *Death Studies*.
- Cipolletta S., Sperotto A., 2012. From the Hospital organization to the childbirth practice: Italian women's experiences, *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30, 326-336.
- Childs D., 2007. Mindfulness and the psychology of presence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80, 367-376.
- Dell P. F., 1982. Beyond homeostasis: Toward a concept of coherence, *Family Process*, 21, 21-41.
- Dourish P., 2001. [Where the Action Is: The Foundations of Embodied Interaction](#). MIT Press, Cambridge.
- Faulkner A., 1998. ABC of palliative care: Communication with patients, families and other professionals. *BMJ*, 316, 130-132.
- Foucault M., 1963. *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard medical* (trad. it. *Nascita della clinica*, Einaudi, Torino, 1998).
- Frank W. A., 1995. *The wounded storyteller: body, illness, and ethics*, University of Chicago Press, Chicago and London.
- Gadamer H.G., 1960. *Wahreit und methode*, J.C.B. Mohr, Tübingen (trad. it. *Verità e metodo*, Bompiani, Milano)
- Gadamer H.G., 1993. *Über die Verborgenheit der Gesundheit: Aufsätze und Vorträge*. Frankfurt: Suhrkamp Verlag (trad. it. *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina, Milano).
- Greenhalgh T., 1999. Narrative based medicine in an evidence based world, *British Medical Journal*, 318, 323-5.
- Griffiths F. et al., 2010. Developing evidence for how to tailor medical interventions for the individual patient. *Qualitative Health Research*, 20, 1629-1641.
- Griffiths F., Green E., & Tsouroufli M., 2005. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: Qualitative study. *British Medical Journal*, 330, 511.
- Heidegger M., 1927. *Sein und Zeit*, Max Niemeyer Verlag, Tübingen.
- Jaspers K., 1986. *Der Arzt im technischen Zeitalter*. München: Piper (trad. it. *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina, Milano)
- Kelly G. A., 1955. *The psychology of personal constructs*, vol. 1-2, Norton, New York.
- Kelly G. A., 1979. Ontological acceleration. In B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality. The selected papers of George Kelly* (pp. 7-45), Krieger, New York.
- Keeney B. P., 1983. *Aesthetics of change*, Guilford Press, New York.
- Lacan J., 1964. *Les Quatre Concepts Fondamentaux De La Psychanalyse*, Seuil, Paris.
- Leitner L. M., 2007. Theory, technique and person: technical integration in experiential constructivist psychotherapy, *Journal of Psychotherapy Integration*, 17, 33-49.
- Leitner L.M., 2011. An investigation into variables affecting self-change on personal constructs, *British Journal of Medical Psychology*, 57, 7-14.

- Mahoney M. J., 2003. *Constructive Psychotherapy. A practical guide*, Guildford Press, New York.
- Mair M., 1989. *Between Psychology and Psychotherapy: A Poetics of Experience*, Routledge, London.
- Maturana H., Varela, F., 1980. *Autopoiesis and cognition: The realization of the living*, New Science Library, Boston.
- Merleau-Ponty M., 1945. *Phénoménologie de la perception*, Gallimard, Paris (trad. it. *Fenomenologia della percezione*, Il Saggiatore, Milano).
- Miller W.L., 1992. Routine, ceremony, or drama: an exploratory field study of the primary care clinical encounter, *The Journal of Family Practice*, 34 (3), 289-96
- McWilliams S. A., 2012. Mindfulness and extending constructivist psychotherapy integration, *Journal of Constructivist Psychology*, 25 (3), 230-250.
- Rovatti P. A., *La follia in poche parole*, Bompiani, Milano.
- Suchman L., 1987. *Plans and situated actions. The problem of human-machine communication*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Spagnolli A., Varotto D., Mantovani G., 2003. An ethnographic, action-based approach to human experience in virtual environments, *International Journal of Human-Computer Studies*, 59, 797-822.
- Stern D. N., 2004. *The present moment in psychotherapy and everyday life*, Norton & Company, New York.
- Stewart M., Brown J. B., Weston W. W., McWhinney I. R., McWilliam C. L., Freeman T. R., 2003. *Patient-centered medicine: transforming the clinical method*. Radcliffe Medical Press Ltd., Oxon, U.K.
- Varela F.J., 1992. *Un know-how per l'etica*, Laterza, Bari.
- Varela F., Thompson E., Rosch E., 1991. *The embodied mind: cognitive science and human experience*, The MIT Press, Cambridge.
- Von Glasersfeld E., 1984. An introduction to radical constructivism, in P. Watzlawick (Ed.), *The invented reality*, pp. 17-40, Norton, New York.