

Appunti dai libri delle integrative del corso di antropologia medica.

“Medical humanities e medicina narrativa.” di Lucia Zannini.

1. Le origini della medicina narrativa.

Non è possibile capire il significato della medicina narrativa senza prima analizzare la questione della conoscenza e le trasformazioni che hanno interessato l'ultimo secolo della storia della filosofia e della cultura occidentale. Alcuni approdi della teoria della conoscenza dell'Ottocento e del Novecento:

- **Positivismo:** corrente che si è formata in Europa nella seconda metà dell'Ottocento secondo cui l'unico oggetto della conoscenza è quello dei fatti naturali. L'uomo può dunque conoscere la realtà solo se utilizza rigorosi metodi di indagine come il ragionamento, l'osservazione e a misurazione.
- **Spiritualismo:** movimento filosofico che nasce in reazione al positivismo nell'Ottocento, esso esorta un ritorno dell'anima a se stessa nel processo di costruzione di conoscenza. Il punto di partenza della conoscenza è dunque la coscienza dell'individuo.
- **Fenomenologia:** teoria fondata da Husserl in contrapposizione alla teoria empiristica della conoscenza. Con essa si scardina la secolare contrapposizione tra primato dell'oggettivo o del soggettivo nella costruzione della conoscenza. Il soggetto ha bisogno del mondo, perché la sua coscienza è sempre “coscienza di” qualcosa, come il mondo per essere conosciuto necessita di un soggetto conoscente. Nell'incontro con l'altro da me per poterlo conoscere veramente, devo mettere tra parentesi le mie precomprensioni su di esso, sospendere il giudizio. Per fare questo molto importante è “farsi guidare dalle apparenze oltre le apparenze stesse”, ogni cosa infatti ha la sua trascendenza, qualcosa che va oltre l'apparenza; la conoscenza implica sempre una trascendenza.

Esiste una differenza tra la trascendenza degli oggetti, che è completamente conoscibile e palese, e la trascendenza degli individui, che si esprime nell'individualità di ciascuno. Queste differenze sono particolarmente importanti se si opera in ambito sanitario e se si vuole conoscere la malattia o l'essere malato, in quest'ultimo caso è necessaria una conoscenza che va oltre la trascendenza. Questo problema rimanda a una questione fondamentale per la fenomenologia ovvero la differenza tra spiegare e comprendere un fenomeno, la differenza fra esse riguarda sia i metodi sia gli oggetti. Mentre la scienza della natura individua le leggi generali (spiega), le scienze dello spirito si basano sull'esperienza vissuta (comprendono).

La razionalità delle scienze moderne non può essere trasferita alla totalità delle scienze, soprattutto a quelle che riguardano l'uomo, dunque i fenomeni umani non possono essere conosciuti a partire dalle leggi della fisica né comunque da leggi generali.

La conoscenza di un fenomeno biologico e la conoscenza dell'individuale sono processi diversi, nel primo caso si ha un processo di induzione che porta alla formulazione di teorie generali sul fenomeno osservato, nel secondo caso viene sviluppato un processo di intuizione perché la trascendenza del fenomeno studiato non è riconducibile a qualcosa di materiale. Tutte le volte che ci si rapporta ad un “oggetto” caratterizzato da una certa “trascendenza” è necessaria una conoscenza personale.

Conoscere una persona significa saper prevedere le sue reazioni di fronte a determinata situazione, questa caratteristica della conoscenza personale ci aiuta a distinguerla dal mero entrare in relazione con qualcuno (il medico entra in relazione con il suo paziente ma non è detto che ne faccia una conoscenza personale). Si ha davvero conoscenza personale quando

l'incontro con l'altro ci rivela alcune cose che ci stanno a cuore, che riguardano noi stessi. La conoscenza personale ha un elevato coefficiente di fallibilità comunque da essa dipende la nostra autenticità morale e anche la possibilità di capire chi siamo e chi possiamo essere. Nella prospettiva fenomenologica il processo conoscitivo è basato dunque sull'atto della coscienza di andare verso le cose del mondo, dare senso a ciò che si presenta all'attenzione del soggetto conoscente attraverso l'esperienza vissuta.

- **Filosofia ermeneutica:** storicamente era l'attività interpretativa dei Padri della Chiesa nei confronti dei testi sacri per comprendere più in profondità il loro significato. Heidegger, padre della filosofia ermeneutica, è interessato a chi compie gli atti conoscitivi, ovvero alla persona umana. Come la teoria fenomenologica tenta di superare la rottura tra soggettività e oggettività nei processi cognitivi e cerca di indicare la via per cui la conoscenza soggettiva possa diventare valida, esperibile e comunicabile anche intersoggettivamente. Si propone di pensare come conoscenza "valida" sull'uomo quella che gli individui costruiscono a partire dalle loro esperienze vissute e dai significati che essi colgono in determinati eventi. Per esempio quando dobbiamo conoscere un fenomeno, come per esempio la malattia di un individuo, non partiamo mai da una *tabula rasa* ma da una serie, non solo di idee, ma anche di vissuti e di esperienze su quella malattia, questo accade per via dell'attivazione di un circolo ermeneutico.

Circolo ermeneutico = gioco di rimandi continui tra le nostre precomprensioni e il fenomeno da interpretare, che si influenzano reciprocamente in un circolo infinito.

Secondo gli ermeneutici contemporanei dunque l'interpretazione nasce sempre dall'incontro tra due forme di vita o meglio fra due orizzonti di comprensione che sono portatori di tutta una serie di precomprensioni di cui non si possono liberare. Solo quando si ha un distanziamento storico rispetto all'oggetto del comprendere è possibile quel movimento di sospensione del giudizio ed è quindi possibile ricostruire la domanda originaria che ha generato quel "oggetto". L'interpretazione di un testo è in un certo senso soggettiva, in quanto dipende dall'interprete, ma non è privata, perché può essere sempre formulata in un linguaggio e comunicato agli altri.

L'ermeneutica diventa l'unico e vero mezzo di comprensione di tutta la realtà, di fronte al quale il metodo scientifico non ha pari validità. Nei processi conoscitivi rimane centrale il ruolo del significato soprattutto in ambito sanitario, per esempio conoscere l'esperienza di sofferenza che vive un paziente non significa solo scoprire il perché fisiopatologico del dolore ma anche porsi degli altri interrogativi relativi al suo senso, è necessario un "sapere di significati" che ci metta in relazione con l'esperienza vissuta dall'altro. Con questa prospettiva comprensione e spiegazione non sono più due metodi tra loro opposti, la comprensione è il momento che precede, accompagna e ingloba la spiegazione, mentre la spiegazione sviluppa analiticamente la comprensione. In quest'ottica i sintomi del paziente acquistano un significato soggettivo ed essi sono intrinsecamente modellati dalla cultura. Le interazioni tra un malato e un operatore sanitario sono leggibili non solo come raccolta di informazioni sulla malattia in senso biologico (disease) ma anche come delle transazioni ermeneutiche volte ad individuare il vissuto, ovvero il significato della malattia (illness). In queste transazioni la narrazione della malattia rappresenta la strategia fondamentale per individuarne il significato, la co-costruzione di una narrazione.

La svolta interpretativa dell'ultimo ventennio porta la ricerca sociale e antropologica a basarsi sull'interpretazione rifiutando l'idea di una oggettività del mondo sociale e ponendo al centro dell'indagine sociologica i significati che i soggetti colgono di una realtà. Ruolo centrale del processo interpretativo della realtà ricopre dunque il soggetto-ricercatore. Strumento privilegiato di questo tipo di ricerca è la narrazione, essa diviene strumento

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

conoscitivo della realtà e del soggetto conoscente.

La narrazione di sé diviene via privilegiata per la conoscenza del soggetto e per la costruzione o ricostruzione della sua identità, processo questo di cruciale importanza nell'esperienza di malattia grave e invalidante, che spesso letteralmente “spazza via” l'identità del malato.

La narrazione è stata intesa da alcuni autori non solo come una strategia per costruire conoscenza, soprattutto dei fenomeni psicosociali, ma anche come l'espressione di una vera e propria forma di pensiero, ben distinto da quello logico-formale. Il pensiero narrativo è la forma tipica di strutturazione dell'esperienza inoltre esso facilita l'interazione e la cooperazione con altri individui. Esso ha come caratteristiche di essere idiografico e contestuale, essendo legato alla situazione in cui si sviluppa; ha un'intrinseca diacronicità, ovvero da una descrizione degli eventi nel loro sviluppo nel tempo; ha anche la dimensione delle intenzioni dei soggetti, l'individuo e le azioni sono sempre considerati in relazione a quelli ai propri “stati mentali”. Il discorso narrativo più che parlare di verità tratta di verosimiglianza, ovvero la realtà raccontata è sempre filtrata dalle credenze e dai pensieri del soggetto narrante, è perciò da considerare come la rappresentazione di qualcosa. Altra caratteristica fondamentale di questo tipo di discorso è la componibilità ermeneutica ovvero gli eventi della storia sono comprensibili solo in rapporto alla trama che li unisce e li contiene, si instaura una reciprocità tra parti e tutto, grazie alla quale, le parti si interpretano a partire dal tutto e viceversa.

Il pensiero narrativo è quello che ci aiuta a trovare il senso delle nostre esperienze sia ordinarie che straordinarie, la narrazione non descrive i fatti ma li “crea” dando forma alla realtà sia passata che futura.

Il desiderio di narrazione trova più spazio nelle esperienze apicali della vita e uno degli interlocutori privilegiati in questi casi è l'operatore sanitario, la narrazione infatti offre una possibilità di comprendere ciò che è senza senso e doloroso per me e permette allo stesso tempo di co-costruire significato insieme all'uditore. Dato che la narrazione è un'interazione tra narratore e uditore è importante che chi per professione ha il compito di ascoltare delle storie diventi consapevole del ruolo che ha nella costruzione del significato di un'esperienza particolarmente dolorosa qual è la malattia. Il processo narrativo è fondamentale per cogliere il vissuto di malattia del paziente, il quale, se considerato, permette non solo una più ricca raccolta di informazioni ma soprattutto di costruire un'alleanza col paziente, che sarà fondamentale per il successo del progetto terapeutico. Non solo i processi di comprensione ma anche quelli di spiegazione di un evento comportano un coinvolgimento dell'osservatore nell'evento osservato.

La scienza classica entra in crisi quando si vengono a scoprire il principio di indeterminazione e il concetto di ecosistema, questi due aspetti scardinano i principi cardine della scienza che erano la disgiunzione, ovvero la tendenza ad isolare, e la riduzione, ovvero considerare solo ciò che è possibile descrivere con assoluta precisione nel tempo e nello spazio. Si comincia perciò a considerare il mondo attraverso la prospettiva della complessità, in cui il concetto di sistema diventa chiave di lettura di tutta la realtà. Un sistema non è semplicemente costituito dalle parti che lo compongono ma dalle loro interazioni specifiche; inoltre ogni sistema è sempre il sistema di quello specifico osservatore e viceversa. La conoscenza in quest'ottica ha una natura profondamente costruita e relazionale, essa è caratterizzata da una continua circolarità tra oggetto della conoscenza e soggetto conoscente.

La conoscenza della realtà è sempre il prodotto di un soggetto interpretante, il quale è inserito in una cultura, che rappresenta il filtro fondamentale con il quale esso analizza la realtà. Si può arrivare a sostenere che la realtà sia una nostra invenzione e ogni conoscenza sia un'operazione determinata dal singolo soggetto, sempre tenendo presente che tutte le costruzioni sono negoziate all'interno di un contesto culturale. Per questo motivo la conoscenza è un “sistema aperto” che

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

continuamente scambia informazioni con il contesto nel quale si sviluppa.

Non esiste complessità nella conoscenza, perché l'oggetto del conoscere è qualcosa di complesso, ma esiste un modo di pensare complesso, dove tutto è tessuto insieme, un modo che è partecipativo, situazionale e soprattutto multidimensionale. La conoscenza affidabile in questa prospettiva, è quella che adotta un approccio complesso, ossia una logica circolare che contestualizza i fenomeni e che considera tutti gli aspetti dell'esperienza conoscitiva nel processo di costruzione della conoscenza. Il pensiero complesso abbandona l'idea di una conoscenza certa e completa dei fenomeni; l'universo si fa incerto, i fenomeni vengono spiegati alla luce di diversi fattori, in primo luogo quelli soggettivi. Gli eventi non possono tutti essere ricondotti al semplice principio della causalità lineare, gli approcci ai problemi si fanno sistemici e l'incertezza diviene la costante del conoscere e del decidere. I metodi appropriati si concentrano dunque sulla narrazione. La sfida della complessità è quella di pensare in modo complesso ed è proprio quello che si fa nell'ambito della medicina narrativa dove si adotta una teoria della conoscenza della malattia che si basa tanto sulla spiegazione, quanto sulla comprensione, che ha luogo attraverso la narrazione.

A partire dagli anni Sessanta la psicologia ha sviluppato un orientamento sistemico a seguito degli studi biologi, esso ha completamente condizionato la cosiddetta "terapia familiare". L'orientamento terapeutico dei comportamenti psicopatologici si era concentrato sulla famiglia ritenendo questo ambito come il primo contesto relazionale e ritenendolo un sistema aperto, ovvero che scambia informazioni ed energia con l'ambiente. Conoscere una famiglia vuol dire quindi osservare le sue interazioni, i modelli di comportamento, raramente esplicitati, che la caratterizzano e le routines che la contraddistinguono; inoltre è importante osservare i linguaggi e le modalità comunicative messe in atto. Tutti questi processi quotidiani non sono di per sé gusti o sbagliati, sani o patologici ma si autogiustificano attraverso la loro storia. La sofferenza psicologica di un membro della famiglia è stata letta nell'approccio sistemico, come un segnale dell'esistenza di processi relazionali e comunicativi disfunzionali. Il curante nella terapia familiare non è un osservatore esterno ma è esso stesso parte di un nuovo sistema che si viene a creare: il sistema terapeutico. Il terapeuta sistemico non lotta con il sistema nel tentativo di cambiarlo ma introduce in esso informazioni che lo aiutano a trovare una nuova organizzazione, questo oggi è possibile grazie all'utilizzo della prospettiva narrativa. Si raccoglie dunque la storia di famiglia che fornisce notizie interattive, che da informazioni più complete sul presente e sul suo significato, in modo da permettere di ipotizzare una differente spiegazione della realtà a più connessioni. Capire una famiglia, cogliere la sua verità, significa ascoltare la sua storia.

Le storie familiari sono retrospettive ovvero operano sul passato ed esse non sono tutte uguali in quanto possono essere funzionali allo sviluppo o al benessere della famiglia oppure disfunzionali soprattutto in relazione al contesto in cui la famiglia è inserita. Il contesto terapeutico rappresenta uno dei possibili ambiti in cui le famiglie possono decostruire e ricostruire le loro storie, perché è attraverso le storie che gli individui costruiscono il significato delle loro esperienze. La questione centrale della terapia familiare non è fornire storie alternative per favorire il superamento di una situazione problematica, ma è quella di aiutarli a costruirne di diverse introducendo nuove informazioni che creino una nuova visione degli eventi; aiutare la famiglia a porsi domande sul proprio mondo culturale.

Uno dei metodi utilizzati può essere quello di far emergere diversi punti di vista sullo stesso evento-problema, si chiede di descrivere le relazioni tra due familiari e si chiede di fare ipotesi sul futuro; il terapeuta dunque opera per permettere una riorganizzazione dei significati. È necessario dare a tutti la possibilità di esprimere il proprio punto di vista e mostrare le interrelazioni tra gli uni e gli altri, invitando ad osservare le conseguenze che le azioni di un membro della famiglia hanno sugli altri. La storia del paziente è la storia della sua famiglia, quindi è molto importante acquisire quest'ultima per comprendere il problema che viene portato nella consultazione medica. Attraverso

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

il linguaggio, medico e paziente co-costruiscono insieme una storia di malattia, a partire dai presupposti e dalle precomprensioni che li caratterizzano. Non è detto che il paziente sia sempre soddisfatto della storia che gli propone l'operatore, in questi casi è importante esplorare con lui la possibilità di costruire versioni "alternative" di tali fatti piuttosto che cercare di convincere il paziente della bontà della versione dei fatti proposta. Una strategia utile è quella di analizzare la storia del paziente all'interno di un contesto più ampio che può essere quello delle esperienze passate con il sistema sanitario, l'ambiente familiare, le credenze o le aspettative.

2. La medicina narrativa nella pratica clinica.

La pratica medica ippocratica è legata indissolubilmente all'esperienza e alla situazione del singolo malato, che il medico deve saper comprendere nella sua unicità, interezza e complessità. Nel corso del tempo la medicina ha progressivamente perso questa sua costitutiva vocazione all'approccio olistico al malato, riducendo il suo intervento alla sola conoscenza della malattia. La malattia nella medicina d'osservazione diviene qualcosa a sé, indipendente dalla variabilità individuale e unico oggetto d'interesse del buon medico. È con Claude Bernard che nasce la medicina come scienza, per lui i fenomeni biologici obbediscono alle leggi della fisica e della chimica, la medicina entra nei laboratori per uscirvi poi nel Novecento quando essa comincia a studiare le popolazioni. In questo caso si usa il disegno sperimentale, in modo da controllare il soggettivismo di chi è trattato e di chi cura e in modo che la ripetibilità degli esperimenti sia garanzia dei trattamenti testati. Questa concezione della malattia ha creato spersonalizzazione del malato e l'anonimizzazione della relazione terapeutica, nel modello biomedico, infatti, la finalità dell'operatore è conoscere e trattare la malattia e non il malato. Il potere del medico nella relazione medico-paziente è assoluto, infatti questo modello di medicina viene anche definito doctor-centered.

Il primo a mettere in discussione questo modello è Balint che propone un modello person-centered medicine, dove si ritorna ad un approccio globale al paziente e il focus d'attenzione è sul setting terapeutico, cosa viene detto al suo interno e come. Inoltre la relazione con il paziente è considerata cruciale in quanto è di per sé terapeutica, c'è un coinvolgimento reciproco tra paziente e terapeuta. In seguito il medico Engel propone il passaggio ad un **modello biopsicosociale** in cui l'individuo è da considerare come un sistema a sua volta parte di un macrosistema le cui componenti sono in costante interazione fra loro. Il malato non è colpito solo a livello biologico, ma la malattia si manifesta anche come alterazione a livello psicologico o individuale e a livello sociale, del contesto in cui il malato vive. I contributi di questi 2 medici saranno fondamentali per la nascita negli anni Ottanta della **patient-centered medicine**, la quale integra la dimensione biologica della medicina tradizionale con una prospettiva in cui il malato è protagonista. Oltre alla nascita di questo nuovo modello il superamento del modello biomedico è dato anche dalle numerose ricerche fatte in antropologia medica che hanno sottolineato come la salute, la malattia ma anche la cura siano un prodotto culturale e quindi un oggetto socialmente costruito da specifici linguaggi. Il malato va conosciuto anche attraverso una prospettiva biomedica senza tuttavia limitarsi a essa.

È necessario distinguere tra malattia in senso biologico (disease) ed esperienza di malattia (illness), la quale è il modo in cui il malato, la sua famiglia e la rete sociale percepiscono, definiscono, spiegano, valutano la patologia e vi reagiscono. Ciò che conta dunque non è solo la realtà oggettiva ma anche la verità soggettiva che è associata all'io e che varia da un individuo all'altro.

Il processo di costruzione sociale della malattia avviene sostanzialmente attraverso la sua narrazione, la nostra esperienza è costellata di storie di malattia, che costantemente sentiamo raccontare e che rappresentano la fonte primaria cui attinge l'uomo comune per costruire la sua esperienza di malattia. Così facendo negli anni Novanta si profila all'orizzonte una medicina nella quale è centrale la narrazione, proprio perché a partire da essa, e attraverso essa, sarà possibile

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

avviare con il paziente il processo diagnostico e terapeutico (narrative-based medicine).

Nel caso del modello biomedico la prima preoccupazione del terapeuta, di fronte alla storia di malattia di un paziente, è quella di capire, a partire dagli aspetti biomedici che la caratterizzano e dalle evidenze a sua disposizione, quanto la situazione è grave e quanto la vita del paziente può essere considerata in pericolo. In questo modo però il medico non ha che una conoscenza approfondita di una parte della malattia, ovvero quella biologica, rimane ancora inesplorata la dimensione soggettiva della malattia, che non è marginale, infatti, ciò che il paziente sente è la realtà sulla quale i medici devono basare la loro pratica. Con un paziente che è stato ascoltato e compreso, per quanto concerne le sue idee sulla sua malattia e le terapie secondo lui più efficaci, sarà più facile avviare una negoziazione e questi aderirà con maggiore facilità al trattamento che gli verrà proposto, con il conseguente miglioramento degli esiti clinici.

Il giudizio clinico di qualità si fonda sull'abilità di spiegare una malattia, attraverso un processo rigoroso e al contempo di comprendere come essa viene percepita e vissuta dal paziente. La medicina diventa centrata sul paziente, il quale è l'esperto del suo vissuto di malattia, dunque gli esperti nella visita patient-centered sono 2: il primo è il medico esperto in disease, il secondo è il paziente esperto di illness. Per raccogliere concretamente il vissuto di malattia del paziente si ricorre all'agenda, che rappresenta il vissuto portato al medico; essa si organizza su 4 categorie fondamentali: i sentimenti del paziente a partire dall'esperienza di malattia; le idee, le interpretazioni e i punti di vista sul disturbo di cui si è affetti; le aspettative e i desideri riguardo a una possibile cura; e le interconnessioni tra malattia e contesto familiare, sociale, culturale e lavorativo. Quest'ultima categoria comprende tutte le altre. La comunicazione finalizzata all'esplorazione dell'agenda può essere di 2 tipi a partire dal ruolo dell'operatore:

- *comunicazione finalizzata a raccogliere informazioni*: (l'operatore è ricevente) ruolo fondamentale ha la capacità di ascolto dell'operatore, è tipico l'uso di facilitatori paraverbali e non verbali in concomitanza ad una richiesta verbale di informazioni. Altra tecnica è quella di porre domande che lascino una vasta gamma di risposte disponibili, con l'uso di domande aperte è auspicabile che il medico riprenda frasi o parole usate dall'utente nelle successive domande o per rilanciare la comunicazione (tecnica eco);
- *comunicazione finalizzata a restituire informazioni*: (l'operatore è emittente) fondamentale è porre l'attenzione al linguaggio utilizzato che deve essere adeguato al livello di istruzione e alla cultura del paziente. Anche in questo tipo di comunicazione l'utente deve sentirsi coinvolto nel processo, questo è possibile attraverso la retroazione costante, ovvero la capacità di dare e ricevere continuamente feedback. La capacità di dare un feedback non riguarda soltanto il livello cognitivo ma anche e soprattutto quello emotivo. È necessario attivare concretamente una relazione empatica, essere in grado di riflettere e restituire al paziente emozioni e sentimenti percepiti.

Il colloquio così condotto è finalizzato, oltre che alla conoscenza della malattia in senso biomedico, a una conoscenza del "mondo del paziente", con tutto quello che ciò comporta. È necessario farsi guidare dal paziente nella costruzione della storia di malattia, anziché aver in mente una griglia, seppur molto flessibile, di analisi della sua illness experience.

In realtà quando il paziente si reca dal suo medico non porta tanto un'agenda quanto una vera e propria "storia di malattia". I pazienti raccontano una storia per "tenere insieme" una serie di esperienze nuove e spesso inspiegabili, che percepiscono come tra loro disconnesse e che generano in loro apprensione e disagio. Nel raccontare la sua storia di malattia, il paziente si riferisce alla sua più globale storia di vita, della quale fornisce una rapida immagine durante l'incontro con il terapeuta. Egli offre dunque dei frammenti della sua esistenza e del suo passato, perciò la storia è carica di emotività e rappresentazioni da parte del contesto culturale e sociale di appartenenza. Nelle storie dei pazienti sono spesso presenti delle metafore, le quali sono una categoria

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

fondamentale del pensiero umano, necessaria per riflettere sull'esperienza umana e per comprenderla. Uno scopo fondamentale nella narrazione della malattia può dunque essere quello di far emergere le idee\ esperienze più misconosciute dal paziente, al fine di trasformare in una storia quelle parti della sua esperienza che sono state rifiutate, perché troppo dolorose e rivelatrici di sé. Il malato si aspetta di essere ascoltato e compreso non solo sul piano biologico, ma anche su quello esistenziale. Il paziente ha dunque bisogno tanto di una risposta “medica” al suo problema, quanto di una risposta “narrativa”, ossia di una nuova storia nella quale la confusione diminuisca, alcuni dei frammenti vengano ricomposti e alcuni problemi vengano risolti insieme. Quella che di solito il medico compone dopo la raccolta anamnestica è una metastoria che confluisce nella cartella clinica che è sostanzialmente la storia del disease, cioè il processo di formazione biologica della malattia. Raccogliere una vera e propria storia di malattia implica necessariamente prestare la propria attenzione non solo ai fatti biomedici, ma anche ai vissuti del paziente.

Chi davvero ascolta una storia di malattia e risponde narrativamente a essa non può essere passivo, ma un soggetto che partecipa attivamente nella costruzione del racconto dell'esperienza di malattia, poiché nessuno di noi davvero percepisce una storia esattamente come l'ha raccontata il narratore. L'empatia diventa una componente indispensabile della competenza narrativa e di una pratica clinica di intesa in senso ermeneutico ossia finalizzata ad individuare non solo spiegazioni, ma anche significati dell'esperienza di malattia. L'operatore nella raccolta di quella che davvero si possa definire una storia di malattia del paziente, deve continuamente far attenzione a non ricondurla a schemi predefiniti, ma al contempo deve esercitare un'azione di contenimento, attraverso le sue modalità comunicativo-relazionali, che permetta tanto al paziente di focalizzare la narrazione, quanto a se stesso di gestire in modo efficiente la relazione terapeutica (non deve trattarsi di un semplice sfogo).

Medicina narrativa = medicina praticata con competenza narrativa, che consiste nella capacità di assorbire, interpretare e rispondere alle storie di malattia, lasciandosi coinvolgere da esse.

La medicina nella sua declinazione clinica è, per lo meno in teoria, una pratica anche di tipo narrativo, per far sì che essa faccia proprio, in concreto, l'approccio narrativo è necessario condividere alcuni presupposti che fanno da sfondo alla pratica narrative-based. Esercitare una medicina narrative-based significa raccogliere in modo adeguato tutte le informazioni utili sul disease, analizzare la illness del paziente attraverso le tecniche di comunicazione più idonee e co-costruire con lui/lei una storia di malattia. La medicina narrativa dunque è finalizzata, oltre a comprendere il disturbo del paziente e la sua esperienza di sofferenza, a costruire una “buona storia di malattia”, obiettivo che può essere perseguito anche con un impiego limitato di tempo.

Finalità fondamentali della medicina narrativa:

- far emergere le ipotesi del paziente sul suo problema;
- esplorare differenze e connessioni;
- utilizzare domande circolari e domande riflessive;
- lasciar emergere le proprie espressioni empatiche;
- sviluppare strategie educative;
- costruire degli spazi di riflessione;
- dare potere al paziente.

Quanto racconta il paziente può essere aperto a più interpretazioni, non solo da parte dell'operatore, ma anche dal paziente stesso; la verità sulla sua malattia è qualcosa in continua evoluzione.

L'approccio scientifico alla conoscenza del paziente si basa implicitamente su un paradigma positivista, secondo il quale esiste una realtà esterna separata dall'osservatore e quest'ultimo la può conoscere in maniera oggettiva. Alcuni autori hanno sostenuto che i medici non si limitano a valutare oggettivamente i sintomi e i segni; essi li interpretano integrando i criteri diagnostici formali della patologia sospettata con le caratteristiche specifiche della storia del paziente. Svolgere

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

un vero e proprio lavoro interpretativo sui casi clinici migliora l'efficacia della pratica clinica, perché affina le capacità diagnostiche e implementa la possibilità di costruire una partnership col paziente, aumentando la sua adesione al trattamento. La dimensione dell'ascolto della storia del paziente nella sua specificità e unicità è determinante per la diagnosi tempestiva e quindi un intervento terapeutico appropriato ed efficace. La pratica clinica dunque per essere efficace, ha bisogno di affiancare alla medicina delle linee guida, dei protocolli diagnostici e terapeutici predefiniti, la medicina narrativa: intesa come una disposizione di attento e costante ascolto del paziente in modo da permettere una sua conoscenza individuale. In questa prospettiva fattori psicologici, sociali, culturali, ecc. diventano variabili altrettanto importanti quanto quelle biologiche per arrivare alla comprensione del problema di salute del singolo paziente. Occorre allora attivare il “ragionamento pratico” ovvero la forma di conoscenza che mette in relazione azioni e valori, quindi una conoscenza che si basa sull'esperienza, esso è un sapere contingente e verosimile che è in continua ridefinizione. La narrazione è essenziale per il ragionamento pratico perché per raccogliere i problemi del singolo paziente è necessario far riferimento alla sua storia. La costruzione e l'interpretazione di storie è centrale nel ragionamento pratico.

Una pratica assistenziale di qualità deve quindi basarsi su un giudizio clinico integrato, che è determinato tanto dalle competenze narrative dell'operatore sanitario quanto da quelle scientifiche, bisogna dunque imparare a calare le evidenze scientifiche nella storia del singolo paziente. Nel colloquio narrative-based è possibile costruire una storia condivisa attraverso la dimensione della negoziazione, ovvero il cercare di comprendere le diverse possibili facce di una storia esplorando anche le altre dimensioni della storia di malattia del paziente, dunque non solo quella biomedica. L'esercizio della medicina narrativa comporta una negoziazione con il paziente a partire dalla costruzione di una storia di malattia che lasci soddisfatto sia il paziente che l'operatore sanitario stesso, ovviamente questo non sempre è possibile a causa del tempo limitato imposto dal sistema sanitario.

La medicina narrativa è dunque finalizzata a creare una “buona storia di malattia” che lasci i suoi autori con la sensazione di “aver dato forma” agli eventi. In un colloquio narrativo la decisione sul da farsi è qualcosa che emerge dall'interazione e non dalla volontà del solo operatore sanitario, il paziente è infatti coinvolto sul da farsi per diagnosticare e prevenire un eventuale problema (negoziazione). Comunque non è possibile definire delle certezze narrative, ovvero non si può avere la certezza che quella che si è creata sia una Buona storia con la “b” maiuscola.

Molti pensano che la narrazione richieda più tempo, in realtà è raro che essa duri più di 2 o 3 minuti in cui si riesce a raccogliere materiale abbondante e sufficiente ad indirizzare il paziente verso i successivi interventi. È vero che la medicina narrativa, come quella patient-centered, richiede più tempo, ma questo maggiore investimento può produrre degli esiti maggiori sul piano terapeutico, soprattutto per quanto riguarda le malattie cronico-degenerative.

Per quanto riguarda la preparazione a una consultazione narrative-based ruolo importante gioca il prendere appunti, ovvero scrivere quanto viene percepito dall'operatore sanitario rispetto ad alcune caratteristiche essenziali e di vissuto della malattia del paziente, essa diventa una sorta di integrazione della cartella clinica (**scrittura parallela**). Queste annotazioni saranno poi utili per prendersi cura del paziente mettendosi nel suo punto di vista e cercando di capire il suo comportamento; esse vanno rilette prima di ogni consulto. Durante il colloquio invece è molto importante mantenere il contatto visivo, il prendere appunti potrebbe essere un fattore di disturbo, un'attenzione continuata fa andare le cose in modo più veloce in modo da avere il tempo dopo la consultazione per scrivere la cartella e gli appunti sul paziente. Se il paziente porta nella consultazione più problemi sarebbe opportuno negoziare su quali trattare per primi.

Il problema principale con il quale si deve confrontare l'operatore che intende condurre una consultazione narrative-based è certamente quello dell'integrazione della diagnosi nella storia di

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

malattia che ha co-costruito con il paziente, l'utilizzo di alcune domande aiutano l'operatore a sondare quanto il malato è disposto a mettere un'etichetta biomedica ai suoi problemi e quindi includere la diagnosi nella sua storia di malattia, l'atto di nominare altera ciò che è stato nominato e come viene esperito. Per alcuni pazienti la diagnosi biomedica è un sollievo mentre per altri è fonte di sconforto e ansia, il colloquio narrative-based dovrebbe aiutare l'operatore a capire quando e come proporre tale diagnosi, concetto importante da tenere presente è la gradualità. Se tutto va bene nella co-costruzione della storia di malattia un' conclusione appropriata si profilerà in modo naturale per entrambi gli autori, anziché essere imposta da uno dei due. La consultazione comunque non deve avere una durata illimitata. La medicina narrativa considera importante non solo l'agenda del paziente ma anche quella dell'operatore: quando si co-costruisce una storia di malattia si è in gioco in prima persona. L'atto del narrare una malattia comporta la trasmissione non solo di informazioni, ma anche di emozioni e di stati d'animo in modo bidirezionale. La condivisione da parte dell'operatore della propria esperienza con il paziente non è controindicata purché essa non metta a disagio né l'operatore, né il paziente.

L'operatore si deve agganciare alla storia di vita del paziente quando vuole che le sue indicazioni vengano in essa inglobate, producendo dei cambiamenti duraturi nel paziente. Se il paziente deve essere coinvolto nel processo terapeutico, sia lui che l'operatore devono condividere un'idea sul perché ha senso fare determinate cose. Per individuare attività terapeutiche "significative", è necessario comprendere, insieme al paziente, come tali attività possano entrare nel suo futuro, attraverso la prefigurazione di una nuova storia di sé.

Trama terapeutica = attività interpretativa, che ha luogo nell'incontro clinico, attraverso la quale gli operatori e i pazienti creano e negoziano la struttura di una trama articolata in un tempo clinico, che colloca il piano terapeutico in una più ampia storia.

Inserire un progetto terapeutico di tipo biomedico in una più ampia "storia del futuro" significa compiere alcune operazioni fondamentali:

- ascoltare la storia del paziente;
- cercare di comprendere a partire dalla storia del paziente, cosa lo può motivare a un determinato trattamento;
- individuare spunti per una possibile narrazione della quale il paziente si possa sentire parte e proporglieli;
- individuare alcune regole irrinunciabili dal punto di vista biomedico e contestualizzarle nella storia del futuro paziente, negoziandole con lui;
- implementare la storia del futuro co-costruita col paziente e monitorare il suo sviluppo.

La trama terapeutica è dunque un processo comunicativo-relazionale basato sull'ascolto, la creatività, la negoziazione e il monitoraggio continuo.

La medicina narrativa sempre più risulta legata alle pratiche autobiografiche, sia degli operatori, che dei pazienti. Il valore terapeutico della scrittura dell'esperienza di malattia è tale che sempre più spesso essa viene proposta come terapia complementare.

Parlando di scrittura autobiografica nei contesti sanitari si devono effettuare alcune distinzioni terminologiche:

- **Scrittura creativa**: (creative writing) una forma di scrittura autobiografica che viene proposta agli operatori (e in alcuni casi ai pazienti) per sviluppare la loro comprensione di sé e il loro senso di identità. Un esempio può essere quello di raccontare in prima persona la storia di un malato che si è precedentemente raccontata in terza persona. È un importante esercizio di decentramento che permette agli operatori di analizzare l'esperienza di malattia dal punto di vista del paziente, favorendo così lo sviluppo dell'empatia.
- **Scrittura terapeutica**: (therapeutic writing) pratica autobiografica che si rifà all'esperienza vissuta in prima persona. Essa è maggiormente finalizzata dalla ricerca della

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

consapevolezza, della conoscenza e della cura di sé, in una prospettiva autoeducativa e trasformativa. Ma soprattutto non ha bisogno di un'esperienza traumatica per essere attivata.

- **Scrittura espressiva:** (expressive writing) può essere considerata una declinazione della scrittura terapeutica, essa si concentra sull'espressione delle emozioni. Si propone di elaborare un'esperienza traumatica attraverso l'espressione delle idee e delle emozioni a essa collegate.

Queste dizioni sono usate in modo intercambiabile anche se il loro significato non è esattamente sovrapponibile.

Attualmente, nei contesti sanitari, la scrittura autobiografica dell'esperienza di malattia è soprattutto proposta da soggetti esperti su tale pratica, ossia scrittori, psicologi, pedagogisti, che non sono direttamente coinvolti nella relazione terapeutica. Non esistono regole specifiche nella scrittura autobiografica, ci deve essere libertà assoluta dell'autobiografo su cosa e come narrare. Inoltre qualsiasi cosa venga scritta dal paziente è solo per se stesso; egli poi, se lo desidera, potrà scegliere di condividerla con altri, "altri significativi".

La scrittura autobiografica viene utilizzata con i più diversi individui/pazienti, le uniche tipologie di malati per i quali questo tipo di scrittura sembra controindicata sono i pazienti psicotici, o in situazioni di lutto recente o imminente, e ovviamente tutti i pazienti in stato di emergenza. Nelle più disparate situazioni di malattia e/o disagio esistenziale, la scrittura autobiografica viene utilizzata come strategia per far fronte a quell'attacco all'identità che spesso la malattia rappresenta per il paziente. Tale pratica ha il significato di aiutare il soggetto a trovare un senso in ciò che è accaduto, attraverso una narrazione coerente dell'esperienza. Infatti il solo scarico di ricordi o emozioni negative non è sufficiente, ma è necessaria la costruzione di collegamenti, attraverso una narrazione. Più frequentemente in contesti sanitari si usa la scrittura non per l'intero corso della malattia ma più per temi prefissati:

- ricordi specifici, soprattutto legati all'esperienza di malattia;
- idee, pensieri su quanto accade o è accaduto;
- emozioni in relazione all'esperienza di malattia;
- sogni che possano aiutare a svelare aspetti dell'esperienza di malattia che sono rimasti taciuti;
- diari sui quali confluiscono sia aspetti pratici del disagio che aspetti esistenziali;
- lettere che permettano di prendere contatto con dimensioni della propria esperienza che ci sono messe a tacere e che faticano ad esprimersi.

I pazienti possono proficuamente ricorrere anche a disegni, collages, maschere, burattini, semplici sculture per raccontare la loro esperienza di malattia.

Per un autoriconoscimento biografico può essere utile seguire alcuni passaggi:

Tipologia ricognitiva autobiografica.	Testi prodotti.	
	Testi vincolati.	Testi narrativi.
Autoriconoscimento. <i>Conoscere la malattia a partire da sé.</i>		
Esercizi di presentazione di sé/ apertura della "scatola del Sé"	Test WAY (Who Are You?)	Scelta di un oggetto (un bottone, una chiave, un contenitore, ecc.) quale pretesto per raccontare di sé

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

Esercizi basati sul ricordo	Cronografia di malattia (dall'esordio alla situazione attuale) con relative idee, emozioni e apprendimenti sviluppati	Sbobinatura dell' "illness narrative" Diari di malattia
Proiezione. <i>Conoscere la malattia a partire da qualcosa su cui la si proietta.</i>		
Esercizi evocativi	Produzione di immagini Produzione di metafore Produzione di collage, disegni, maschere ecc. che rappresentino la malattia o sé stessi in quanto malati	Lettera alla propria malattia Lettera dalla propria malattia Dialoghi immaginari con un operatore sanitario Scrittura di sogni
Analisi critica. <i>Distanziarsi dalla malattia e riflettere sul proprio modo di rappresentarla.</i>		
Esercizi di analisi critica	Elenco dei termini ricorrenti nella propria illness narrative Elenco delle metafore presenti nella propria illness narrative	Costruzione individuale di una nuova storia di malattia Sbobinatura delle discussioni/interpretazioni sulle storie di malattia
Sintesi costruttiva. <i>Ricomporre la propria storia a partire dal percorso svolto.</i>		
Esercizio della creatività		Costruzione del proprio "romanzo di malattia"

Il lavoro di scrittura individuale, non condiviso in piccolo gruppo, è adottato soprattutto quando l'esperienza di malattia comporta gravi e differenti disabilità, mentre quando la malattia non comporta gravi disabilità e la condivisione è di per sé fattore terapeutico, allora sembra auspicabile la scrittura individuale in abbinamento alla discussione in piccolo gruppo. La scelta di un esperto di scrittura esterno alla relazione terapeutica sembra sia da privilegiare quando può essere proposta a diversi pazienti che stanno vivendo un'esperienza di malattia o un disagio molto simile, viceversa sembra più opportuno che la scrittura autobiografica venga proposta dall'operatore sanitario quando essa rientra in uno specifico piano diagnostico e/o terapeutico e quando è utilizzata in modo estemporaneo e non sistematico.

La scrittura autobiografica è stata proficuamente utilizzata con delle puerpere primipare al fine di prevenire la depressione post-partum, la finalità principale è quella di integrare un'esperienza per certi versi interpretabile come un "attacco alla propria identità" con la persona che la sta vivendo. La proposta si concentra, da un lato, sulla scrittura analitica delle proprie emozioni e, dall'altro, sul ricordo della propria esperienza di nascita in modo da permettere alla donna di integrare l'esperienza nuova e destabilizzante della maternità nella propria storia.

La proposta di scrittura one-to-one è una pratica autobiografica particolarmente indicata in quelle situazioni che richiedono un'attenzione speciale per i pazienti, per esempio le persone che stanno vivendo l'esperienza della fine della vita. In questi casi se il paziente è troppo debole per poter scrivere allora sarà l'esperto di scrittura a scrivere per loro, chiedendo poi di verificare se quanto scritto è coerente con il proprio pensiero. La scrittura autobiografica in questi casi può essere utile quando è tempo di bilanci e di distacchi, essa può metterci in contatto con la persona che siamo

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

sempre stati, e può essere anche un magnifico modo per dire addio. Essa da la soddisfazione al malato di lasciare testimonianza di sé. Un lavoro che può risultare piacevole per questi malati è quello di partire dal ricordo di cose smarrite, per poi riflettere sul tema più globale della perdita, non solo di persone care, ma anche di energia, di intimità, di fede, ecc., mettendo in luce come la questione della perdita accompagni tutta la vita delle persone e non solo le sue ultime fasi. Strategia utile per riaprire il dialogo con i famigliari e amici, che spesso trascorrono il tempo con il malato ma ammutoliti dal dolore, è quella di chiedere al malato di scrivere degli episodi che sono accaduti recentemente tra lui e i suoi famigliari e amici e di condividerli con loro. Particolare attenzione deve essere posta, quando si decide di adottare l'autobiografia con i malati terminali, nell'offrire un supporto sia all'avvio della pratica di scrittura, che nella riflessione su essa; il paziente, soprattutto in questi casi, non può e non deve mai essere abbandonato a se stesso.

Nell'ambito della scrittura proposta da un operatore sanitario troviamo l'esperienza di terapia riabilitativa domiciliare supportata dalla scrittura di un diario, avente la funzione di terapia complementare alla **depressione reattiva** cui i pazienti domiciliari vanno incontro. La depressione reattiva è lo stato che si può verificare in soggetti che, avendo subito un trauma o avendo acquisito una disabilità, sviluppano una sintomatologia caratterizzata da: affaticamento, insonnia e scarsa capacità di concentrazione, mancanza di soddisfacimento nello svolgere attività quotidiane e scomparsa, o diminuzione, delle proprie funzioni sociali. La scrittura terapeutica è abbinata a una serie di attività di informazione/educazione dei pazienti e dei loro caregiver, svolte in piccolo gruppo, finalizzate a prevenire gli effetti della depressione reattiva. Il programma può prevedere: discussione in gruppo di un pamphlet informativo sulla depressione reattiva; analisi e discussione di alcune scene videoregistrate, proposta di scrittura quotidiana, sia ai pazienti che ai caregiver, e per almeno un mese un diario quotidiano su alcuni temi specifici, come la descrizione delle proprie limitazioni fisiche, le attività quotidiane svolte, attività progettate per il futuro, relazioni interpersonali, conflitti, ecc. Scrivere ha permesso a questi pazienti di identificare gli eventi o le reazioni che li portano a episodi depressivi.

In letteratura sono infine rintracciabili alcune esperienze di scrittura autobiografica all'interno della relazione terapeutica tradizionale, come quella tra il medico di medicina generale e il suo paziente. In questo caso la scrittura espressiva diventa un approccio terapeutico ai sintomi che rappresentano tipicamente una somatizzazione del disagio psicologico. In questi casi è fondamentale la preparazione dei medici all'utilizzo di questa pratica.

Pennebaker, psicologo americano che svolge ricerche su queste tematiche, è riuscito a dimostrare che l'espressione scritta delle proprie emozioni migliora la funzione immunitaria e che ha un effetto diretto sulla salute degli individui. La scrittura espressiva produce effetti salutari sulle persone non perché semplicemente permette loro di esprimere l'esperienza traumatica, ma in quanto le aiuta a creare una narrazione coerente su tale esperienza, che una volta costruita, più facilmente consente di riassumere, immagazzinare, digerire e, in seguito, addirittura di dimenticare l'evento traumatico. La scrittura autobiografica si riconferma ancora una volta come una pratica del paziente e per il paziente, il quale, oltre a utilizzarla per se stesso, per far fronte all'esperienza di malattia e per migliorare il suo benessere, può scegliere di donarla ad altri individui e/o operatori sanitari per aiutarli a comprendere il mistero dell'esperienza di malattia. La pratica autobiografica è quindi un'attività che può produrre delle trasformazioni, non solo nel paziente, ma anche nei professionisti della cura, che, leggendo le storie di malattia, possono comprendere come migliorare i loro interventi, rendendoli più vicini ai bisogni dei pazienti.

“Antropologia medica. I testi fondamentali” a cura di Ivo Quaranta.

8. Sofferenza e violenza strutturale. Diritti sociali ed economici nell'era globale.

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

- Esperienza di sofferenza di Acéphie, malata di AIDS, e Chouchou, picchiato a morte dai soldati.
- Una cosa è comprendere la sofferenza estrema – un'attività senza dubbio universale – e un'altra, un po' diversa, è spiegarla.
- **Violenza “strutturale”** = sofferenza “strutturata” da forze e processi storicamente dati (spesso economicamente pilotati) che cospirano – attraverso la routine, il rituale o, come più spesso accade, la durezza della vita – nel limitare la capacità d'azione.
- La violenza strutturale è difficile da descrivere per 3 ragioni:
 - l'esoticizzazione della sofferenza, la sofferenza degli individui le cui esistenze e lotte ricordano le nostre, tendono a commuoverci; la sofferenza invece di coloro che sono “lontani”, sia geograficamente che culturalmente, ci tocca spesso meno.
 - Il peso della sofferenza rende molto più difficile rappresentarla, l'orrore della sofferenza non solo sta nella sua immensità, ma anche nelle facce di quelle vittime anonime che hanno poca voce, e tanto meno diritti, nella storia.
 - Le dinamiche e la distribuzione della sofferenza sono ancora poco capite; spiegare la distribuzione della sofferenza richiede una riflessione articolata e distribuita, e molte risorse.
- I teologi della liberazione non riflettono sulla sofferenza senza tentare di capire i meccanismi che la producono, la loro è una teologia che sottolinea le connessioni.
- Per creare un modello di analisi per capire la sofferenza globale è necessaria un'analisi:
 - **Geograficamente ampia**, perché la sofferenza estrema – in particolare se su larga scala, come nel caso del genocidio – è raramente separata dalle azioni dei potenti.
 - **Storicamente profonda**, in modo da ricordarci gli eventi e le decisioni prese in passato, o meglio alle origini.
 - **Simultanea**, dei vari assi sociali, come quello di genere, l'etnicità e lo stato socio-economico.
- Per comprendere la relazione tra violenza strutturale e diritti umani, è necessario evitare analisi riduzionistiche.
- Asse del genere.
 - In tutto il mondo le donne si confrontano con il problema del sessismo, una ideologia che le pone al di sotto degli uomini.
 - Queste differenze di potere hanno fatto sì che i diritti delle donne fossero violati in innumerevoli modi.
 - Sebbene le vittime di tortura siano in modo chiaramente preponderante uomini, le donne in modo quasi esclusivo si trovano a sopportare gli assai più diffusi crimini della violenza domestica e dello stupro.
 - Nella maggior parte delle situazioni, comunque, il genere da solo non basta a determinare un rischio per questo tipo di aggressioni alla dignità della persona. (donne povere).
 - I fattori di genere sono un problema diffuso che riguarda anche l'Europa e il Nordamerica in una serie di campi (come la divisione dei compiti familiari, il sostegno all'istruzione superiore, ecc.), ma nei paesi più poveri lo svantaggio delle donne riguarda anche i campi fondamentali dell'assistenza sanitaria, della nutrizione e dell'educazione di base.
- Asse della razza o dell'etnicità.

Appunti integrative del corso di antropologia medica.

- Le classificazioni razziali sono state impiegate per privare molti gruppi di diritti fondamentali, e hanno perciò giocato un ruolo importante nella comprensione delle disuguaglianze umane e della sofferenza.
- Lo smantellamento del regime della apartheid non ha ancora portato allo smantellamento delle strutture oppressive che generano disuguaglianza in Sudafrica.
- Altri assi di oppressione.
 - Qualsiasi caratteristica distintiva, sociale o biologica, si può prestare alla discriminazione e, dunque, a causare sofferenza.
- Alcuni antropologi hanno sostenuto che quanto dagli osservatori esterni era interpretato come una lesione alla dignità umana potrebbe di fatto essere considerata come un'istituzione culturale di vecchia data tenuta in gran conto in una società (**relativismo culturale**).
- Negli ultimi decenni, la fiducia in un relativismo culturale riflessivo ha iniziato a vacillare.
- Spesso si confonde la violenza strutturale con la differenza culturale.
- L'abuso del concetto di specificità culturale è particolarmente insidioso nelle discussioni sulla sofferenza in generale e sugli abusi dei diritti umani in particolare.
- Le pratiche tra cui la tortura sono considerate “parte della loro cultura” o “nella loro cultura” - dove “loro” può designare tanto le vittime quanto i carnefici, o entrambi, a seconda delle opportunità.
- La cultura non spiega la sofferenza, al peggio essa può fornire un alibi.
- Gli “oppressi di classe” - i poveri a livello socio-economico – sono l'espressione infrastrutturale del processo di oppressione.
- Parlare di sofferenza umana estrema è possibile, e la maggior parte di questo tipo di dolore viene comunemente sopportata da coloro che vivono in povertà.
- Oggi i poveri del mondo sono le vittime elette della violenza strutturale.

Quest'opera è stata rilasciata sotto la licenza Creative Commons Attribuzione-Non commerciale-Condividi allo stesso modo 2.5 Italia. Per leggere una copia della licenza visita il sito web <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/it/> o spedisci una lettera a Creative Commons, 171 Second Street, Suite 300, San Francisco, California, 94105, USA.