FORMAS
Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria

Quaderni di Salute e territorio
Rivista bimestrale di politica socio-sanitaria

I gruppi Balint

Paziente, professionista, malattia

Edizioni ETS

Collana editoriale del Formas
Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria

A cura di
Salute e territorio
Rivista bimestrale di politica sociosanitaria

Direttore responsabile
Mariella Crocellà

Comitato editoriale
Gian Franco Gensini
Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Firenze
Mario Del Vecchio
Professore associato Università di Firenze, Docente SDA Bocconi, Milano
Antonio Panti
Presidente Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri Provincia di Firenze
Luigi Tucci
Direttore Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria, FORMAS

Redazione
Antonio Alfano
Gianni Amunni
Alessandro Bussotti
Bruno Cravedi
Laura D'Addio
Gian Paolo Donzelli
Claudio Galanti
Carlo Hanau
Gavino Maciocco
Benedetta Novelli
Mariella Orsi
Daniela Papini
Paolo Sarti
Luigi Tonelli

Segreteria di redazione
Simonetta Piazzesi

Quaderni di *Salute e territorio*

I gruppi Balint

Paziente, professionista, malattia

Edizioni ETS

I testi riportati in questa pubblicazione sono tratti dal "Corso di formazione avanzata alla metodica e conduzione dei gruppi Balint", promosso dal Formas (Laboratorio Regionale per la Formazione Sanitaria) e dall'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze. Il corso si è tenuto a Villa La Quiete alle Montalve di Firenze tra il dicembre 2009 e il dicembre 2012. La trascrizione e l'editing dei testi sono a cura di Marco Ramacciotti.

© Copyright 2013
EDIZIONI ETS
Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com
www.edizioniets.com

Distribuzione
PDE, Via Tevere 54, I-50019 Sesto Fiorentino [Firenze]

ISBN 978-884673615-4

Indice

Introduzione
Allaman Allamani, Mario G. Sarti 9

Il Balint 11

I gruppi Balint in Italia
Pietro M. Martellucci, Massimo Rosselli 11

Il ruolo del conduttore nel Balint
Antonio Suman 25

La complessità della relazione 35

Medicina psicosomatica e Neuroscienze
Mario G. Sarti 35

I contesti della Medicina generale: come cambiano
Loretta Polenzani 67

Il vissuto di malattia
Massimo Rosselli 78

Linguaggi e vissuti della corporeità nella relazione terapeutica con il paziente
Pietro M. Martellucci 97

Le basi psicodinamiche della relazione
Antonio Suman 148

Psicodinamica di gruppo e della famiglia
Mario G. Santini 159

La comunicazione terapeutica
Allaman Allamani 184

La formazione dei conduttori dei gruppi Balint 199

Il Progetto Formativo
Mario G. Sarti, Allaman Allamani 199

Esperienze di gruppi Balint 202

Il lavoro balintiano. L'esperienza toscana
Pietro M. Martellucci 202

Esposizione e descrizione di un caso
Mario G. Santini 213

Elenco degli autori

Allaman Allamani - psichiatra. Già coordinatore del Centro Alcologico, ASL Firenze. Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze.

Pietro M. Martellucci - dirigente psicologo, psicoterapeuta - Azienda USL 7 di Siena. Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze.

Loretta Polenzani - MMG, psicoterapeuta, AdF, Prato. Coordinatore attività teorico/pratiche Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale Firenze. Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze.

Massimo Rosselli - psichiatra, psicoterapeuta. Didatta della Società Italiana di Piscosintesi Terapeutica. Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze.

Mario G. Santini - medico, psicoterapeuta. Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze.

Mario G. Sarti - psichiatra. Direttore del corso di formazione avanzata alla metodica e conduzione dei gruppi Balint, Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze.

Antonio Suman - psichiatra, psicoterauta psicoanalitico. Cofondatore e docente Associazione fiorentina di psicoterapia psicoanalitica. Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze.

Introduzione

Allaman Allamani, Mario G. Sarti

Questa monografia ha lo scopo di presentare il gruppo Balint alla luce delle attuali conoscenze nell'ambito di varie discipline. Nei vari capitoli da cui la monografia è composta si descrivono la storia dei gruppi Balint in Italia e alcune esperienze formative che essi hanno permesso di realizzare grazie alla supervisione dei conduttori. Vengono poi sviluppati i temi della relazione mente-corpo, del vissuto di malattia, nonché le basi psicodinamiche delle relazione sia della famiglia e del gruppo che all'interno del rapporto paziente-terapeuta. Sono approfonditi anche gli aspetti delle neuroscienze e della comunicazione. La monografia si conclude dando rilievo alla importanza della formazione al Balint, e di un progetto di insegnamento/apprendimento per conduttori di gruppi Balint.

I professionisti socio-sanitari hanno un percorso formativo universitario e post universitario essenzialmente centrato sulle acquisizioni biologico/scientifiche. La formazione psicologica rimane trascurata benché sia attualmente riconosciuto che può aver importanza sul piano sia diagnostico che terapeutico. Una delle tecniche più collaudate e note per la formazione psicologica del medico è quella dei gruppi Balint che prendono nome dal fondatore, psicoanalista di origine ungherese che ha lavorato a Londra con i medici di famiglia ed ha pubblicato negli anni sessanta un libro divenuto molto noto: "Medico, paziente e malattia".

Tale metodo, centrato sulla discussione delle esperienze soggettive che il professionista sperimenta nei confronti dei vari casi clinici, si è poi dimostrato utile anche per i professionisti di altre discipline, quali psicologi e altri operatori delle professioni di aiuto.

Riteniamo poi che l'approccio balintiano si fondi su alcuni principi relativi alla concezione olistica del paziente, la quale a sua volta rimanda alla visione e alla prassi proprie della psicosomatica e alla

comunicazione efficace e terapeutica tra professionista e paziente.

Se l'applicazione e la pratica di un metodo così come sopra delineato sarà in grado di produrre frutti, l'operatore sarà più capace di essere attento ai bisogni soggettivi dei propri clienti, e di comprendere ed affrontare le ansie e le difficoltà implicite nella relazione d'aiuto, e sarà meno propenso a far ricorso a sistemi difensivi e stereotipati, migliorando il grado della propria soddisfazione per la qualità della relazione con i pazienti e delle proprie prestazioni professionali. Inoltre i pazienti mostreranno maggior soddisfazione per sentirsi compresi nelle proprie difficoltà soggettive.

Un ulteriore sviluppo del percorso formativo porterà il professionista interessato ad approfondire la sua competenza nel ruolo di conduttore in gruppi di medici di base o di altri operatori sanitari.

Questa monografia ha dunque anche lo scopo di evidenziare l'importanza sia della formazione al Balint, sia di un progetto di insegnamento/apprendimento per conduttori di gruppi Balint.

Ricordiamo che per gruppo Balint si intende un gruppo composto da medici generici o specialisti, o di altri operatori delle professioni d'aiuto che si riunisce con frequenza settimanale o quindicinnale per due ore, condotto da uno psichiatra o psicologo con formazione psicoanalitica. Ogni partecipante, a turno, presenta un caso incontrato nella propria pratica professionale. Il lavoro è centrato particolarmente sulla relazione medico-paziente, sulla sua evoluzione e si avvale del contributo di tutti i presenti che possono esprimere opinioni, avanzare suggerimenti, formulare ipotesi.

Un'ultima osservazione riguarda il titolo che ha la psicosomatica – la quale come Istituto di Psicosomatica fiorentina ha realizzato l'esperienza formativa che è alla base di questa monografia – di occuparsi di Balint. In effetti il Balint in Italia è sorto con la partecipazione feconda di Michael Balint alla settimana psicosomatica internazionale organizzata nel 1967 a Roma dalla società di Medicina Psicosomatica italiana, e da allora quest'ultima – come è descritto nei dettagli nel capitolo *I gruppi Balint in Italia* – ha preso il compito di promuovere il Balint nel nostro paese.

Il Balint

I gruppi Balint in Italia

Pietro Mario Martellucci, Massimo Rosselli

Una storia essenziale dei GB in Italia

Seguendo una precisa ricostruzione storica, i gruppi Balint in Italia nascono a Milano attraverso le attività promozionali di psicologia in ambito clinico medico del Prof. A. Selvini, cardiologo, direttore della divisione di medicina dell'Ospedale Maggiore.

Era il 31 gennaio 1966 quando la prima seduta di gruppo Balint si svolse con Selvini e altri nove colleghi medici partecipanti, mentre conduttore era il Dr. Severino Rusconi, psicoanalista di formazione junghiana che faceva parte del Gruppo Milanese per lo Sviluppo della Psicoterapia, presso la cui sede le riunioni di gruppo si svolsero. Questo gruppo durò 5 anni ricevendo anche una visita dello stesso Michael Balint a Milano che tenne una conferenza presso la stessa sede su "*Experience with the Training…*".

Un secondo gruppo Balint, sempre con conduttore Rusconi, fu creato a Milano nel 1968, stavolta direttamente nella divisione dell'Ospedale Maggiore diretta da Selvini, che durò vari anni.

Dall'iniziativa di partecipanti a questi gruppi e dello stesso Rusconi, che fu uno dei fondatori, fu creata l'Associazione Medica Italiana Gruppi Balint nel 1970 con lo scopo di riunire i medici che avevano almeno due anni di esperienza in gruppo Balint e favorire la formazione degli operatori socio-sanitari con tale metodo. Essa ha mantenuto i rapporti con altre associazioni, rappresentando l'Italia nell'affiliazione con la Federazione Internazionale Balint. In particolare l'AMIGB è stata collegata all'attività di S. Rusconi, uno dei suoi fondatori, che ha rappresentato, come formatore e conduttore di gruppo. un punto di riferimento particolarmente rigoroso, essenziale nello sviluppo del movimento balintiano in Italia.

In uno scritto sul "Metodo di formazione dei gruppi Balint" Rusconi invita a non "confondere il progetto Balint con la medicina psicosomatica", con rischi di confusione che possono condurre a un "caos interpretativo" e tendendo a "non sovrapporre due diverse concezioni", evidentemente al fine di soffermarsi soprattutto sul principio ispiratore balintiano, rivolto alla corretta e consapevole gestione della relazione, rispetto ad ambiti che hanno come focalizzazione prevalente studi e ricerche sulle malattie.

Seguendo invece gli iter formativi nella cornice epistemologica e organizzativa della medicina psicosomatica, troviamo le linee di alcuni principi che si andavano affermando saldamente: riconoscere l'importanza della componente psicosociale nelle principali malattie di cui il medico si occupa, e della dimensione terapeutica riconducibile alla relazione interpersonale medico-paziente.

Quasi contemporaneamente, sempre a Milano, come ricordano sia A. Selvini che P. Parietti negli Atti del IV Congresso della SIMP dedicato alla "Formazione Psicologica del Medico" (Messina, 1973), troviamo nella Clinica Psichiatrica diretta dal Prof. C.L. Cazzullo l'organizzazione di un primo gruppo Balint (condotto per due anni da A. Ermentini e G. Mascherpa) nel '67-68.

Memorabile la XXIII Riunione Monotematica Internazionale di Psichiatria, svolta a Milano nel 1970 dedicata ai Gruppi Balint, con la presenza di M. Balint stesso ed il pieno appoggio della Clinica Psichiatrica diretta dal Prof. Cazzullo, la cui collaborazione si sarebbe mantenuta negli anni a venire.

Nel '70 lo stesso C.L. Cazzullo, uno psichiatra che fin dall'inizio ha promosso dal versante psichiatrico la prospettiva psicosomatica, condividendone i principi, organizza a livello universitario i primi gruppi Balint per studenti in medicina del 5° e 6° anno, definiti "Balint junior". Troviamo qui come conduttore con gli studenti un personaggio significativo e di notevole calibro a livello europeo: lo svizzero di Locarno Prof. Boris Luban Plozza, allievo e collaboratore di M. Balint, che avrà una grande importanza nel movimento Balint e nella psicosomatica e che allora collaborava con la Clinica Psi-

chiatrica diretta dal Prof. Cazzullo. Un altro psichiatra collaboratore della Clinica, A. Comazzi, avrebbe continuato negli anni il lavoro con gli studenti iniziato da Luban Plozza e avrebbe partecipato ai Balint organizzati successivamente in collaborazione con la SIMP.

Quest'ultima aveva ricevuto un importante incoraggiamento a imboccare la via formativa divenuta nel tempo "la scelta balintiana della SIMP", dalla partecipazione di Michael Balint stesso al 1° Congresso della Società Italiana di Medicina Psicosomatica: *chairman* in una tavola rotonda sulla "Formazione psicologica del medico" e relatore poi su "Aspetti psicologici della pratica medica" nel 7° Congresso Europeo della Ricerca Psicosomatica tenuti a Roma nel '67 nell'ambito della Settimana Psicosomatica Internazionale dove confluirono ben cinque congressi. (Acta Medica Psychosomatica, 1967). Balint stesso visitò e incoraggiò un primissimo gruppo (Parietti e Luban Plozza) che era iniziato nel '69-'70 ad Ascona (Svizzera) con medici del Canton Ticino e Novara. Da questo partì l'iniziativa da parte della SIMP verso la Clinica Psichiatrica di Milano, scelta come sede universitaria con forte disponibilità verso la formazione psicologica e psicosomatica.

Nel 1971 Luban Plozza cominciò come conduttore un primo gruppo Balint ufficiale della SIMP p/o la Clinica Psichiatrica diretta da C.L. Cazzullo, che fu continuato dal '72 da A. Comazzi e da P. Parietti allora responsabile dell'attività formativa della SIMP.

Dopo la morte di Balint nel '70, il decennio successivo vide, in sintonia con lo svilupparsi di varie iniziative nell'ottica balintiana in diversi paesi europei, l'affermarsi in Italia, sotto l'egida della SIMP, di metodologie di "formazione alla Balint" modificate nello svolgimento e partecipazione, mentre nella stessa ottica si affermava la diffusione del metodo Balint proposto negli Incontri Internazionali di Ascona in Svizzera, organizzati da B. Luban Plozza.

Dal '73 e nel decennio successivo, mentre la diffusione di gruppi Balint classici per medici, pur proseguendo in varie realtà locali, risultava comunque limitata, si affermò sotto l'organizzazione della SIMP in Italia un'attività formativa centrata sull'esperienza Balint allargata a psicologi, psichiatri e altri operatori sanitari. Per tale

struttura il gruppo definito "alla Balint" trovava una nuova espressione anche nell'alternanza di piccolo e grande gruppo e nelle modalità temporali con caratteristiche seminariali residenziali di tre giorni a periodicità semestrale. Nasceva così un modulo nuovo di formazione "intensiva e discontinua" che trovò nello psicoanalista e psichiatra francese Michel Sapir la migliore espressione per questa stagione formativa italiana.

Sapir, legato da un'attività di collaborazione ai coniugi Balint, con cui aveva partecipato alle settimane di Sils in Svizzera anch'esse a carattere intensivo e con piccoli e grandi gruppi, lavorava in coconduzione con Simone Cohen, anch'essa psicoanalista, sua partner nella vita e nel lavoro anche nelle esperienze di *Relaxation* di senso psicoanalitico, metodo da lui fondato e abbinato al lavoro di gruppo Balint nei seminari. L'esperienza del rilassamento, con la sua particolare metodologia di contatto corporeo e di libertà fantasmatica ad essa collegata, rendeva i gruppi Balint con Sapir e Cohen ricchi di una particolare coloritura affettiva con un accesso più libero e fluido ai vissuti emotivi e allo spazio delle fantasie nella discussione del caso, permettendo di integrare le esperienze relazionali etero centrate sui casi, con la "mobilizzazione" delle componenti emotive personali legate al corpo vissuto. L'abbinamento dei due metodi formativi permetteva un arricchimento di entrambi e allo stesso tempo, come a Sapir piaceva ricordare, quella regressione limitata e di breve durata nel gruppo Balint che promuoveva il "diritto alla stupidità" ovvero anche al fantasma e alle fantasie da parte dei partecipanti. L'attività dei seminari intensivi e discontinui, con Sapir e Cohen come conduttori principali, si avvalse anche di una *équipe* di conduttori composta da Luban Plozza, Parietti, Comazzi principalmente e anche da altri come Munari e Tabiadon. Partì da Stresa e continuò in varie località come Ascona, Salò, Belgirate, Sanremo e Milano, esaurendosi come attività continuativa all'inizio degli anni '80.

A partire dal 1972 fino agli anni '90 continuarono e si svilupparono invece, sotto la sagacia organizzativa di quel grande creatore di *network* internazionali che era Luban Plozza, gli Incontri Internazionali Balint di Ascona in Canton Ticino, divenuti annuali. Essi di-

ventarono un punto di convergenza dei vari movimenti Balint europei e un fertile contenitore della pratica dei "gruppi alla Balint" in cui si sperimentarono anche aspetti innovativi e trasformativi del metodo.

Il "modello Ascona" di gruppo Balint, modificato nella sua apertura a tutti gli operatori socio-sanitari, diviene il modello dei "Gruppi Monte Verità" in cui dal 1982, seguendo l'ideazione di Luban Plozza, si uniscono nei gruppi oltre al personale medico, psicologico e paramedico, anche pazienti e familiari in un "grande gruppo" centrato su una rete di relazioni. Il nome deriva dal luogo: l'albergo Monte Verità, un complesso famoso per aver ospitato negli anni eventi culturali importanti di vari movimenti di pensiero. Durante gli incontri Balint si realizzarono anche conferenze e letture magistrali con personaggi significativi della scienza, della medicina e psicologia: memorabili la presenza di Enid Balint, vedova di Michael e copresidente di vari incontri, ma anche di Fromm, di Eccles, di Watzlawick ecc). Si svolgevano nel "Salone Balint", inaugurato nel 1975, nel ricordo della permanenza di Balint al Monte Verità e ad Ascona. In quella sede fu anche fondato da Luban Plozza un Centro Internazionale di Documentazione Balint che ha raccolto materiale storico prezioso.

Ricordare Ascona e i suoi incontri appare doveroso, ricostruendo un percorso balintiano in Italia, poiché non solo la SIMP sponsorizzava, come altre società europee, gli incontri, ma molti italiani vi parteciparono anche come collaboratori e conduttori di gruppi Balint in un lungo arco di tempo, traendo ispirazione, perfezionando e aggiornando i propri strumenti, che costituiranno poi negli anni, in Italia, il ramo principale dell'attività formativa Balint sotto l'egida della SIMP.

Mentre la Società Italiana di Medicina Psicosomatica si andava sviluppando negli anni in una serie diffusa di sezioni regionali e di sezioni locali, espressione di vitalità e di entusiasmo per la cultura e per le pratiche che rappresentava, furono avviati e proseguirono nel tempo vari gruppi Balint nelle città di Milano, Brescia, Vicenza, Arona, Padova, Crema, Chieti, Firenze, Salerno. A Parma si celebra

da molti anni un'iniziativa di sensibilizzazione alla metodica dei gruppi Balint organizzata da A. Minervino, responsabile attuale per la SIMP dell'area gruppi Balint, succeduto a P. Parietti. Questa attività, diventata negli ultimi anni annuale, è giunta nel 2012 alla XIII edizione. A Pescara si promuovono ad opera di F.Agresta, da vari anni con continuità, esperienze strutturate di gruppi Balint, anche in convegni e incontri a cui hanno partecipato esponenti europei di area psicoanalitica come Rohr e Gillieron, dopo l'attività formativa in ambito SIMP, proposta in precedenza in Abruzzo da R. Di Donato. È difficile raccogliere in un repertorio completo le moltissime esperienze attuate, i modelli organizzativi della loro attuazione, il pensiero dei conduttori e la pratica formativa messa in atto.

È sembrato comunque che a partire dagli anni 80 per circa un ventennio, questo interesse e fervore formativo sia andato calando. Solamente all'inizio degli anni 2000 si è assistito ad una sorta di risveglio, di rinascita di interesse per la formazione psicologica dei medici e degli altri operatori, pur persistendo un sostanziale disinteresse per questo tema da parte delle istituzioni accademiche.

Intanto in questi anni cambiavano profondamente i contesti della medicina, compresi i loro paradigmi. Infatti pur mantenendosi stabile il modello epistemologico biomedico, si afferma con sempre maggiore forza il modello biopsicosociale di Engels (1977), considerato con molta attenzione da un certo numero di medici e di operatori sanitari. Ma nell'ambito della medicina universitaria-ospedaliera l'utilizzo di apparati tecnologico-strumentali sempre più sofisticati e la convinzione diffusa nel mondo medico che il progresso delle conoscenze, delle opportunità innovative prospettate dell'*e-health*, le conquiste della ricerca farmacologica sempre più mirata, avrebbero messo decisamente in secondo piano le implicazioni relazionali del medico con il suo paziente ed i suoi familiari. L'irrompere poi di Linee Guida, di protocolli, di firme di consenso puramente formali, di criteri di EBM e logiche sempre più esigenti ispirate ai rigori etici dell'economia, sembravano aver *scarnificato* la relazione medico-paziente, collocandola in un ruolo del tutto secondario.

Nell'ambito della medicina di famiglia, gli assunti di WONCA (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), documento Wonca Europe 2002, sancivano una volta per tutte l'importanza della relazione medico-paziente, nella sua unicità e continuità, la centralità del paziente e della sua famiglia nei processi di cura e di assistenza come fattore cardine della pratica medica. Anche se negli ultimi anni la storia del rapporto medico-paziente è stata investita di profondi cambiamenti, sia dal punto di vista organizzativo, sia da quello professionale. A partire dalla medicina a domanda si è giunti alla medicina d'iniziativa, da un approccio essenzialmente paternalistico del medico alla promozione dell'*empowerment* dei propri pazienti, da sintomatologie apparentemente più semplici da affrontare ad una domanda di salute sempre più complessa da ottenere e da mantenere, dal rapporto del paziente con il singolo medico al rapporto con una aggregazione di medici ed altri operatori, l'irrompere infine della *e-medicine* laddove il rapporto con il medico si rende essenzialmente virtuale. Recentemente inoltre si lamenta la comparsa di una diffusa fenomenologia e sintomi riconducibili al *burnout* del medico.

Sul piano delle variazioni metodologiche e aggiornamenti della modalità formativa all'interno del movimento balintiano, troviamo la fondazione a Roma nel 2004, sotto la guida del Prof. L. Ancona, della Scuola Romana Balint Analitica, nata per diffondere il metodo Balint attraverso corsi di formazione per conduttori di gruppo Balint Analitico e formazione alla relazione per le professioni che la usano come veicolo principale di lavoro. La metodologia del gruppo Balint è qui rappresentata dal comparire di una accentuazione della dimensione psicoanalitica nella comparsa sia pur limitata di aspetti interpretativi e di qualche elemento di auto centratura, soprattutto riguardo al gruppo per il quale la connessione teorica dei promotori con i principi dell'analisi di gruppo secondo Foulkes fornisce ulteriori elementi di lettura. Hanno fatto parte dei conduttori oltre a L. Ancona, il fondatore (recentemente scomparso), A.Minervino e P. Pietrini.

Anche nel congresso nazionale della SIMP di Milano nel 2009 fu fatto il punto sul metodo Balint oggi, con riferimento agli stili di svolgimento, le variazioni della forma classica e il tipo di conduzione che già negli anni si è ampliata fino ad includere conduttori non di formazione psicoanalitica, ma che avessero comunque una formazione psicoterapeutica aperta ai processi psicodinamici.

L'esperienza dei gruppi Balint in Toscana

Sulla base delle considerazioni precedenti, comprensive della realtà toscana della medicina generale, si possono riconoscere alcune specificità e tracce di percorsi formativi originali riferiti alla formazione psicologica di medici e di altri operatori sanitari che si sono legate alla storia dei gruppi Balint e dei gruppi alla Balint, in particolare come vicende dell'ultimo decennio.

È utile considerare che le risorse toscane per la conduzione professionale di gruppi Balint sono riconducibili ad alcuni psichiatri e psicologi clinici, formatisi all'interno dei percorsi tracciati dalla SIMP e delle opportunità che si sono venute a creare all'interno delle varie sezioni della SIMP presenti soprattutto nel centro-nord dell'Italia, con la nascita di pregevoli iniziative mirate alla formazione. All'interno della Sezione Toscana di medicina psicosomatica, hanno preso avvio e si sono svolti corsi strutturati di formazione psicologica alla relazione, a partire dall'anno della sua costituzione (1978) riconducendo queste esperienze in convegni annuali di respiro nazionale.

Nel 1983 fu prodotto un testo su: "La formazione psicologica" che esprimeva l'impalcatura teorica e metodologica di coloro che nell'ambito della SIMP erano impegnati in questa prospettiva, mantenendo vivo l'interesse per questo tipo di formazione nei vari contesti dove la clinica psicosomatica si collocava con le sue pratiche e la sua specifica cultura. Ne sono un esempio le *esperienze balintiane* attivate presso l'Ospedale di Careggi, nell'ambito della Clinica Medica Universitaria con M. Rosselli, soprattutto con gli studenti di medicina; presso l'Unità di psicosomatica della Clinica dermatologi-

ca dell'Università di Firenze con A. Suman, presso le Scuole per infermieri professionali con i seminari specifici sulla formazione psicologica attraverso gruppi Balint nelle sedi sia di Firenze-Careggi sia di Siena, con P.M. Martellucci, e presso l'Ospedale di Prato con i gruppi di formazione condotti da M.G. Santini. La sezione Toscana di Medicina Psicosomatica ed in seguito l'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze hanno dato avvio a percorsi di formazione psicosomatica per medici ed altri operatori sanitari, con continuità a partire dal 1982 al 1986, con la proposta della formazione balintiana come metodica formativa d'elezione.

È da notare come la metodica Balint viene inserita in un progetto formativo composito accanto a esperienze di comunicazione corporee di distensione, di ottica sistemica familiare in una modalità intensiva-discontinua (A. Allamani, R. deBernart, P.M. Martellucci, M. Rosselli). È di quel periodo anche la sperimentazione innovativa del cosiddetto "gruppo Balint-relazionale" con due conduttori che usavano l'ottica psicodinamica e quella sistemico-familiare nel lavoro di gruppo (Rosselli-deBernart).

Nel 1988 venne effettuato a Montecatini uno dei primi corsi a livello regionale sulla relazione medico-paziente su "Corpo e comunicazione non verbale", il primo Corso regionale programmato dalla formazione toscana, il coordinatore regionale era S. Giovannoni. I corsi organizzati su questo tema non ebbero una diffusione adeguata, almeno finché non sono stati acquisiti dentro i Piani regionali di indirizzo ed i conseguenti Piani aziendali di formazione dei Medici di medicina generale, che hanno costituito per lo sviluppo di questi processi formativi l'architettura essenziale. Così come il ruolo svolto dagli animatori di formazione, figure di supporto per lo sviluppo della formazione aziendale definite per la prima volta mediante la D.G.R. 1063/2000, nella identificazione dei bisogni formativi e nella predisposizione di progetti volti a realizzarli. Bisogni che hanno evidenziato la relazione medico-paziente come parte integrante della pratica clinica e rispetto alla quale la necessità di acquisire le necessarie competenze, ben consapevoli del vuoto lasciato in tal senso dalla propria preparazione universitaria.

Intanto dagli anni ’80 in poi, ogni congresso nazionale della SIMP aveva una parte dedicata alla formazione e in particolare alla metodica Balint. Nel congresso nazionale di Firenze nel 1993 si svolse un intero simposio su M. Balint come “uomo, formatore e psicoanalista”, con la partecipazione di M. Sapir, R. Gaddini, P. Parietti, P. Sommaruga ecc. La “scelta balintiana” della Società fu riaffermata nel 1997 nel congresso di Parma con il *Consensus statement* della SIMP, tuttora vigente, che esprimeva i principi generali del movimento psicosomatico italiano da essa riconosciuti.

A partire dal 2002, all’interno dei Piani regionali di formazione è sempre più presente il tema della relazione medico-paziente, già identificata come obiettivo cardine delle attività di formazione per l’attività del medico di medicina generale da parte della Regione Toscana, a partire dalla D.G.R. 644 del 04/08/08. Vengono predisposti Master di formazione regionale rivolti agli animatori dei medici di medicina generale, centrati su vari livelli ed ambiti della relazione medico-paziente, indagando e sviluppando percorsi formativi alla comunicazione delle cattive notizie, alla comunicazione del rischio, alla comunicazione telefonica e telematica nella medicina generale, per approdare ad un Master specifico su: “Nuovi metodi formativi: gruppi Balint”, coordinato e diretto da L. Polenzani, prospettato nelle modalità efficaci già sperimentate, rivolto a tutte le realtà territoriali della medicina generale toscane.

A partire dagli anni 2000 hanno preso avvio in Toscana percorsi formativi interamente centrati sui gruppi Balint. La sponsorizzazione di alcune case farmaceutiche “illuminate” ha permesso l’avvio di un gruppo Balint presso la Az. ASL 11 di Empoli nell’anno 2002, condotto da A. Suman. Il successo di questa iniziativa ha consentito che l’Ufficio formazione della stessa azienda si assumesse, dal 2002 a tutt’oggi, l’onere organizzativo di 2 gruppi Balint annui, in alcuni anni con due edizioni. I moduli formativi prevedono sette incontri, in sedi adeguate, dislocate in zone strategiche per la loro raggiungibilità, rivolte ai medici di medicina generale, motivati ad intraprendere questo faticoso ed entusiasmante percorso, affidato alla conduzione di A. Suman e di P.M. Martellucci. Se questa si configura co-

me l'esperienza di gruppi Balint maggiormente strutturata, altre Az. ASL ne hanno seguito l'esempio promuovendo nei loro rispettivi territori iniziative analoghe, sviluppate in uno o due anni, ad esempio nell'Az. ASL 8 di Arezzo – Casentino, ed altre iniziative avviate a Massa ed a Pisa all'interno di percorsi formativi alla relazione medico-paziente.

Il processo che si è andato sviluppando in questi anni assume le caratteristiche di un vero movimento balintiano, identificabile in alcuni passaggi culturali e formativi che ne hanno connotato la strategia, che ha permesso di denominarlo *neo*-balintiano dove il prefisso *neo* si riferisce solamente alle nuove connotazioni epistemologiche ed ai nuovi contesti nei quali la medicina si va articolando, mantenendo integra la specificità della metodica che oggi, come avveniva negli anni '50 del secolo scorso, esprime appieno un suo potente carattere *sovversivo*. Hanno fatto parte dello staff docente oltre ad L. Ancona, A. Minervino, P. Pietrini e altri.

Un certo numero di Uffici formazione di varie aziende sanitarie hanno accolto la proposta di promuovere giornate formative di sensibilizzazione al fine di attivare moduli formativi di gruppi Balint nelle loro realtà territoriali. Accanto al progetto capofila della Az. USL 11 di Empoli hanno investito risorse formative in questa direzione, l'Az. USL 5 di Pisa, l'Az. USL 8 di Arezzo, l'Az. USL 4 di Prato, ed infine l'Az. USL di Firenze e l'Az. USL 7 di Siena. Si è dato luogo quindi alla attuazione di moduli seminariali di 7 incontri ognuno che ha coinvolto un numero considerevole di medici di medicina generale, che si incontrano all'interno delle stesse sedi della abituale pratica professionale di molti di loro. In occasione della "*12th Regional Conference of Wonca Europe* ESGP/FM" tenuta a Firenze nell'agosto 2006 fu presentata una relazione dal titolo: *Continuing medical education in Tuscany: the Doctor-Patient relationship, an institutional learning process in General Practice*, autori L. Polenzani, G. Collecchia, E. Messina, A. Bussotti, S. Giovannoni, nella quale si esprimevano i risultati di un processo formativo che stava oramai coinvolgendo un numero considerevole di medici di medicina generale.

Di grande interesse formativo la presenza dei giovani laureati in medicina che svolgono tirocinio post-laurea presso gli ambulatori dei medici di medicina generale. Per la maggior parte di loro è l'opportunità attesa ma sorprendente di scoprire la relazione con il paziente ed i suoi familiari nelle complesse interazioni della medicina generale, e si creano di fatto le condizioni per collocare il paziente, da lì in avanti, al centro del proprio interesse professionale.

Il diffondersi della metodica di formazione ha evidenziato una conseguente necessità: la formazione di conduttori dei gruppi che dispongano di competenze adeguate acquisite attraverso uno specifico corso. La domanda di conduttori è stata affrontata in un'impresa coraggiosa che ha visto in prima linea la Regione Toscana con il FORMAS – Laboratorio regionale per la Formazione e l'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze. Ne è nato un corso di "*Formazione avanzata alla metodica dei gruppi Balint", triennale*: 2009-2012, rivolto a formare conduttori di gruppi Balint, costituito da medici di medicina generale con formazione personale psicodinamica già acquisita, psichiatri e psicologi, anch'essi già precedentemente formati. Ne è nata un'esperienza formidabile di crescita di competenze personali-professionali che dal prossimo 2013 potrà farsi testimone attivo nel ruolo di conduttori.

È infine di notevole pregio la proposta di formazione attraverso gruppi Balint all'interno di un contesto formativo di particolare valore "strategico" per la formazione psicologica del medico alla relazione con il paziente. Ci riferiamo ai Corsi specifici per la formazione del medico di medicina generale che, nelle sedi universitarie di Siena, di Firenze e di Pisa, stanno inserendo seminari monotematici sulla metodica balintiana.

Considerazioni conclusive

I gruppi Balint sembrano seguire le vicissitudini della relazione medico-paziente, in particolare nei periodi dove processi di cambiamento sociali, organizzativi e culturali sembrano investirla. Nasce così la necessità di ragionare in modo nuovo, di ascoltare, di os-

servare, di comprendere più a fondo i propri pazienti e se stessi come medici, ma anche come persone all'interno delle relazioni professionali con le proprie emozioni, con il proprio immaginario, con le speranze che attraversano la vita non solo professionale. Condizioni che il sempre più massiccio utilizzo della rete non sembra di poter estinguere né rendere più felici e soddisfatti. Si richiama oggi come non mai la presenza di fenomeni di *burn-out* che i medici di medicina generale lamentano e che attribuiscono in gran parte alle modalità con le quali viene ad essere svolta la professione. Le richieste d'aiuto che vengono avanzate possono trovare forme adeguate di risposta proprio all'interno di percorsi formativi in cui la professione del medico viene ricondotta alla sua personalità e ai fattori emotivi che connotano la relazione con i pazienti. Ogni volta che avviene l'incontro con quei particolari pazienti ed i loro familiari che pongono domande complesse e chiedono di essere curati nella loro globalità, essi vanno considerati appieno nelle ripercussioni soggettive che provocano nel medico. Una metodica formativa che permette non solo di comprendere la complessità della dimensione relazionale ma anche di guardarci dentro, senza vertigini, ma rispecchiandosi sul fondo, come sull'acqua di un pozzo in una notte di luna piena.

Bibliografia

Balint M. (1967) *Tavola Rotonda: La formazione psicologica del medico*, pp. 53-68; Aspetti psicologici della pratica medica, pp. 199-202 in Antonelli F., Ancona L. (a cura di) *Acta Medica Psychosomatica*, Atti della Settimana Psicosomatica Internazionale, Roma.

Balint M. (1957) *The Doctor, His patient and the Illness*, London, Pitman Medical Publishing, tr. it., Medico, paziente e malattia, Feltrinelli, Milano 1961.

Balint M. e Balint E. (1961) *Psychoterapeutic Technique in Medicine*, London Tavistock Publications, tr. it., Tecniche psicoterapeutiche in medicina, Einaudi, Torino 1970.

Balint E., Norrel J. (1973) *Six Minutes for the Patient*, London and New York, Tavistock Publications, tr. it., *Sei minuti per il paziente*, Guaraldi, Firenze 1975.

Cazzullo C.L., Comazzi A., Luban Plozza B. (1973) Esperienza di leaders di un gruppo Balint "junior". *Minerva Medica*, 64,15: 728-731.

Luban Plozza B., Pozzi U. (1986) *I gruppi Balint*. Piccin, Padova.

Minervino A. (1998) Un nuovo scenario per gli attori della salute: il Gruppo Monte Verità (B. Luban Plozza), in Minervino A. (a cura di) (1998), *La psicosomatica del quotidiano. Atti del XVI Convegno Nazionale SIMP*, Parma.

Parietti P. (1980) La formazione psicosomatica. *Bollettino di Psicologia Applicata* 155-156: 20-29.

Parietti P. (1973) Prime Esperienze "Balint" della SIMP, in Antonelli F., Pisani D., Vitetta M. (a cura di) Formazione psicologica del Medico, *Atti del IV Congresso nazionale della SIMP*, Messina.

Rosselli M., Allamani A. (1984), (a cura di), *La formazione psicosomatica*, Collana di Igiene Mentale, Università di Messina.

Rusconi S. (1998) Il metodo di formazione dei Gruppi Balint, Homepage Associazione medica italiana gruppi Balint, *www.amigb.it*, Milano.

Sapir M., Sommaruga P., Gaddini R., Parietti P. (1995) Incontro con M. Balint; M. Balint:lo psicoanalista; M. Balint: il formatore, in Panconesi E., Pazzagli A., Rosselli M. (a cura di), *La Medicina Psicosomatica oggi: dall'Epistemologia alla Clinica*, Edizioni Fisioray, Firenze.

Sapir M. (1972) *La formation psychologique du médecin*, Payot, Paris, tr. it. La formazione psicologica del medico. Da Balint ad oggi, Etas libri, Milano 1975.

Selvini A.(1973) I Gruppi Balint: L'Esperienza Italiana, in Antonelli F., Pisani D., Vitetta M., *Formazione Psicologica del Medico, Atti del IV Congresso Nazionale della SIMP*, Messina.

Il ruolo del conduttore nel gruppo Balint

Antonio Suman

I compiti del conduttore

Il conduttore del gruppo era, per Balint, uno psichiatra e psicoanalista con una particolare esperienza nel campo specifico. Egli stesso e la moglie Enid erano psicoanalisti di rilievo nella Società Britannica di Psicoanalisi. A partire dagli anni '40/'50 del secolo scorso iniziano una tecnica innovativa: essi pongono l'attenzione non solo alla parte cognitiva della relazione medico paziente ma anche e soprattutto al valore degli aspetti irrazionali delle relazioni umane. Tutto ciò partendo dal postulato che le dinamiche in atto fra paziente e medico sono in buona parte inconsce e il loro riconoscimento avrebbe consentito di aiutare il paziente nelle difficoltà fisiche e psichiche in vario modo implicate nella sua malattia. Il principio di base è che gli esseri umani, pazienti e curanti, si difendono dalla consapevolezza di pensieri, che a causa dei sentimenti sgradevoli o angosciosi che inducono, rimangono inconsci ma non per questo, anzi proprio per questo, possono produrre effetti patogeni sia psichici che somatici, e inoltre pongono seri limiti alla relazione terapeutica.

Non intendono però insegnare la psicoanalisi ai medici nei gruppi Balint e neppure fanno una supervisione del lavoro del medico con il suo paziente. È piuttosto un tentativo di addestrare i medici a un modello pratico di intervento psicologico.

La costruzione di una storia coerente, o solo frammenti di essa, insieme alla attenta esplorazione dei dati somatici, è negli obiettivi del gruppo ma ciò che sembra centrale è che i sentimenti del paziente e del medico si modificano quando si incontrano. La sola comprensione intellettuale non è sufficiente. È essenziale che il medico cerchi di creare un clima di fiducia e di apertura di ascolto par-

tecipe a qualsiasi comunicazione del paziente senza emettere giudizi o intervenire con premature interruzioni.

La discussione in gruppo

Il conduttore, nel gruppo Balint, aiuta i partecipanti ad osservare le dinamiche emotive tra il paziente e il medico durante i loro incontri ma anche quelle che avvengono nel gruppo stesso durante la sessione mentre si discute sull'esposizione del caso: quel tipo particolare di relazione medico paziente, trova un suo rispecchiamento nella discussione. Di regola viene presentato un paziente che ha messo in difficoltà il curante. Si nota un parallelismo fra l'andamento della relazione terapeutica e quella interna al gruppo. I primi interventi dei partecipanti, dopo e durante l'esposizione del caso clinico, sono di chiarificazione o tendenti a ottenere ulteriori informazioni, oppure esprimono disagio, ambivalenza delle risposte emotive, rifiuto per il paziente che mette a dura prova il medico e con il quale il gruppo si identifica o imbarazzo che si può esprimere anche con qualche commento ironico, sono comunque interventi poco coerenti e slegati tra loro. Il gruppo prova le stesse difficoltà del curante. Dobbiamo tenere presente che anche il paziente tende a non collegare per es. eventi significativi della sua vita attuale con i suoi malesseri o anche che disturbi diversi vengono presentati a specialisti diversi. Questa mancata integrazione è particolarmente frequente proprio nei pazienti che tendono di più a somatizzare.

Quando viene favorita, da parte del conduttore e del gruppo stesso, la spontaneità espositiva e tollerata la confusione degli interventi, questi diventano meno slegati e incoerenti. Il gruppo comincia a fare un lavoro di elaborazione dei dati e cerca di effettuare una lettura del materiale, magari a più voci, e il profilo del paziente comincia a prendere forma.

Il gruppo esprime le proprie impressioni che possono essere accolte e integrate insieme anche quando, in apparenza, sembrano distanti o incompatibili. Non credo che possano essere divise in vere o false ma le diverse letture del racconto possono corrispondere e mettere in luce le diverse parti della mente del paziente e i sentimenti contrastanti.

L'immagine del paziente e del rapporto con il suo il medico prende corpo nel gruppo; e il conduttore diventa il depositario di una funzione di catalizzazione dell'andamento del lavoro che si svolge nel campo; cerca di attivare la comunicazione attraverso pensieri trasformativi. (Suman 2005)

Mentre il medico che riferisce il caso si trova ad occupare la posizione del paziente, il gruppo dei partecipanti propone le proprie associazioni sulla base del proprio controtransfert, viene così a trovarsi nell'analoga situazione del medico durante l'incontro col paziente compito del conduttore è di mantenere viva e libera la ricerca sulle caratteristiche dell'approccio terapeutico e nello stesso tempo di evitare che il presentatore del caso venga posto sotto accusa o venga violata la sua *privacy*; il gruppo Balint non vuole essere una psicoterapia di gruppo anche se col tempo comporta delle modifiche " piccole ma importanti" come diceva M. Balint nella personalità del medico. Enid Balint (1993 p. 205) scrive: "Noi non tentiamo di insegnare teoria, ma di aiutare i medici a divenire osservatori più flessibili di se stessi e dei propri pazienti, affinché le loro terapie siano più efficienti e affidabili". Attraverso ripetute esperienze di casi riferiti il medico sviluppa una maggiore capacità di osservazione che va oltre l'orizzonte del dato somatico per aprirsi nel più ampio campo dell'ossevazione della personalità del paziente e delle sue relazioni interpersonali e sociali senza confondere il proprio ruolo con quello dello psicoterapeuta. Nel momento in cui riferisce al gruppo le proprie difficoltà sente che i problemi, certe ingenuità o certi errori, sono condivisi da altri che in tal modo forniscono un appoggio che lo rende più sicuro nei propri interventi. Spesso i partecipanti riferiscono di aver atteso la riunione con qualche impazienza per parlare di una loro difficoltà con un determinato paziente. Nel tempo, col susseguirsi dei seminari, il medico individua meglio la propria capacità di operare, il proprio stile, con il quale esercita la professione. Diviene consapevole dei cambiamenti che sono avvenuti in lui/lei. La condivisione delle difficoltà e il contatto con i propri limiti, che ogni partecipante sperimenta, facilita la coesione del gruppo che è basata, come dice Freud, sulla identificazione reciproca.

La relazione fra il conduttore e i partecipanti può rispecchiare il rapporto tra figli e genitore: avvengono momenti di idealizzazione del conduttore, momenti di compiacenza seguiti da altri momenti di contestazione più spesso implicita, fasi in cui prevale l'imitazione (identificazione adesiva o imitativa), e infine l'assimilazione del metodo e l'acquisizione vera delle esperienze vissute nel gruppo (identificazione introiettiva). Queste fasi non sono necessariamente stabili e contemporanee nei partecipanti, anzi sono soggette a mutamenti e oscillazioni a seconda del momento e delle dinamiche presenti nel gruppo. Il conduttore, d'altra parte, può reagire in modo aggressivo e espulsivo se si sente attaccato e contestato o essere troppo compiaciuto se è idealizzato e diviene oggetto di imitazione. Se non comprende le dinamiche in atto in quel momento, tende a contro agire alle pressioni di alcuni partecipanti, per es. rispondendo aggressivamente alle provocazioni. Comunque è proprio attraverso queste dinamiche psichiche che procede il processo di evoluzione e di crescita del gruppo, dei singoli partecipanti. Una conseguenza di questo lungo percorso evolutivo è che il medico si trova a essere più "terapeutico" non solo con i casi presentati ma anche con tutti i suoi pazienti. Si può notare, nel tempo, come certi atteggiamenti di insofferenza, di evitamento o di contrasto, di rabbia, di impotenza con i pazienti diminuiscono, non per uno sforzo volontario del medico, ma per una migliore capacità di tollerare e comprendere le dinamiche in atto e la possibilità di gestirle.

È probabile che il curante esca da queste esperienze con una visione più chiara del paziente, di se stesso e del proprio modo di operare. Altre volte gli elementi messi a fuoco nel seminario potrebbero non essere immediatamente utilizzabili, ma che lo diventino magari in tempi successivi, oppure che le emozioni e i nuovi pensieri sorti nel gruppo non siano sufficientemente integrati e assimilati dal medico curante. Il rischio del medico è che potrebbe rimanere spiazzato col paziente reale, che appare un po' diverso da quello emerso nel gruppo. In questa evenienza se il medico non sente come proprie le osservazioni del gruppo potrebbe assumere una posizione di apparente compiacenza o di aperta ribellione al gruppo, in entrambe i casi non ci potranno essere dei cambiamenti evolutivi

nella relazione col paziente.

La presentazione di un paz. molto depresso o molto ansioso induce nei partecipanti sentimenti analoghi che rendono difficile creare pensieri. Compito del conduttore, pure soggetto come tutti ai medesimi sentimenti di sfiducia o di impotenza, è di cercare di mantenere il clima emotivo del gruppo adatto a pensare. Poiché in genere sono portati alla discussione i pazienti più difficili, anche il gruppo subisce lo stesso senso di impotenza e frustrazione vissuto dal medico. Il gruppo, all'inizio della sessione, sembra essere concorde nell'esprimere questi sentimenti e la sfiducia sembra fermare il pensiero del gruppo.

Per esempio come fronteggiare il senso di solitudine, l'impotenza, la rabbia e la ribellione, l'angoscia, sentimenti non esplicitati ma sottostanti alle richieste di intervento sui disturbi fisici. Il medico e il gruppo non si pongono l'obiettivo, peraltro impossibile, di compensare le mancanze e le frustrazioni del paziente, o di offrire soluzioni liberatorie (spesso i consigli "pratici" sono del tutto inutili), invece la capacità di considerare con attenzione le difficoltà e di lavorare sulla comprensibilità e l'individuazione delle dinamiche in gioco, costituisce un passo importante per farlo sentire meno solo e sofferente.

Il conduttore deve essere in grado di tollerare la frustrazione del gruppo e non intervenire troppo sollecitamente, aspettare che il gruppo sperimenti i sentimenti emergenti, anche negativi, e solo dopo può contribuire a chiarire le difficoltà.

Il conduttore che sceglie di collocarsi in una posizione di astinenza e di lasciare spazio al lavoro mentale del gruppo, lo fa sospendendo l'immediato coinvolgimento della funzione di contenimento, tollerando l'ansia del pensiero "sospeso", e l'accettazione della "capacità negativa" (evitando interventi esplicativi che saturano la ricerca e la fermano).

In questa fase il gruppo passa da momenti di disorganizzazione, dovuti a interventi scoordinati e magari confusi che devono venire tollerati, a momenti successivi nei quali emerge un pensiero comune che dà l'impressione di un pensiero creativo. Il cambiamento si verifica quando il conduttore o anche uno dei partecipanti interviene

proponendo un nuovo punto di vista che riorganizza tutti gli interventi precedenti che assumono un nuovo senso e influenzano quelli successivi.

Lo stallo viene superato quando un partecipante riesce a identificarsi con il paziente e a percepire i bisogni che non sono quelli dichiarati nel corso della visita. Cambia il clima emotivo del gruppo e il paziente in discussione assume una immagine diversa.

Più il gruppo recupera la sua capacità di pensare, più emergono ricordi personali, casi analoghi, immagini e metafore che conducono ad un più elevato livello conoscitivo.

Ho parlato di "identificazione col paziente" come momento fondante il cambiamento. Possiamo descrivere questa situazione anche come la capacità di "sognare" (attività onirica della veglia) il paziente. Si tratta della capacità immaginativa che libera dalla stretta concretezza dei fatti, come dalle lamentele stereotipate sui disturbi. I medici di famiglia con la loro competenza ed esperienza spesso conoscono del paziente più cose di quante non riescono a dire: la casa dove abita, i familiari (non raramente hanno curato anche i genitori), le condizioni economiche in cui vive, possono notare la gestualità, lo sguardo, la scelta del vestire, la partecipazione con cui esprime i suoi problemi, gli atteggiamenti con i quali affronta le difficoltà, i cambiamenti che sono apparsi col passare del tempo, ecc. La descrizione si unisce alle impressioni e ai sentimenti riferiti dal medico. Questi dati rilevati nel tempo, normalmente sono molto sottovalutati. La narrazione, basata su fatti oggettivi e su impressioni, costruisce un quadro che ogni partecipante ascoltando va componendo nella propria mente. Si colgono allora delle incongruenze, degli elementi narrativi imprevisti, o contraddittori o dei punti oscuri che non erano stati notati. Il medico durante il racconto si rende conto di questi "errori" o mancanze. Ha cercato di non vedere certi dati del paziente, di essersi trattenuto per paura di affrontare temi o problemi che poi si sarebbe sentito impegnato a risolvere senza saper come fare, trattarli cioè come se fossero disturbi fisici. Questo freno alla conoscenza è lo stesso che prova il paziente che non si sente in grado di dire ciò che lo tormenta. Per es. può avere evitato di parlare dei propri problemi nei rapporti con i familiari, di frustrazione sul lavoro o di difficoltà sessuali, di abbandoni. Con l'ag-

giunta di alcuni elementi narrati la realtà del paziente si presenta adesso più complessa ma anche più comprensibile e condivisibile e perciò ho parlato di identificazione col paziente. Vorrei chiarire che questo lavoro mentale viene favorito dal conduttore che deve fare costante riferimento ai fatti e qualsiasi aggiunta del tutto fantasiosa e inadeguata deve venire scartata. Ogni "oggetto" osservato è relativo ad un caso reale e cioè ad una specifica relazione medico-paziente. In questo senso il conduttore traccia dei limiti entro i quali circoscrivere i contributi dei partecipanti. Al medico possono essere mosse anche critiche sul lavoro effettato, come deve essere in una discussione libera, ma il conduttore deve evitare che venga attaccato circa le determinanti inconsce delle sue motivazioni personali.

Al termine dell'incontro il conduttore effettua una sintesi dei movimenti psicologici del gruppo e può fare ipotesi sul futuro sviluppo della relazione e, eventualmente, sul decorso della patologia presentata.

Nelle successive sessioni sarà utile un *follow-up* per verificare l'esattezza delle previsioni e l'evoluzione della patologia lamentata all'inizio dal paziente.

Quando il medico ha accettato e interiorizzato i contributi del gruppo, si presenta di fronte al paziente con uno stato d'animo molto diverso, spesso incuriosito e interessato a esplorare ciò che non aveva capito o che aveva evitato. Il rapporto col paziente cambia: si profila un senso di fiducia e di libertà espressiva che prima non c'era. Emergono nuovi elementi anche senza che il medico proceda con delle domande dirette. Il clima emotivo più disteso e interessato permette nuove aperture comunicative.

Partendo dalla descrizione dei disturbi fisici e dunque dalla corporeità, il processo del "sognare" è, a mio avviso, al centro del processo trasformativo del G.B. Fare in modo che il medico "sogni" il suo paziente e il gruppo "sogni" il paziente e il medico in relazione tra di loro attraverso il racconto e le associazioni di tutti, si prospetta come un obiettivo di chi assume il ruolo del conduttore dei G.B.

Il gruppo aiuta a comporre il sogno che il medico non è stato in grado di fare, o lo ha fatto parzialmente: non è riuscito a trasformare i dati ricavati dall'osservazione dei dati in una rappresentazione integrata e coerente. Tanto meno il paziente non è stato in grado di

farlo su se stesso preso dalla materiale evidenza dei disturbi. Questa incapacità trasformativa è particolarmente evidente nei soggetti alessitimici così legati al pensiero concreto e così esposti alla somatizzazione. In questi casi il lavoro del medico e del gruppo è particolarmente difficile.

Possiamo fare riferimento per la situazione descritta, al concetto di "campo" che è un ponte tra l'individuo e il gruppo (tra il medico che presenta e il gruppo): il campo non si forma spontaneamente ma si crea con gli interventi di tutti e il lavoro del conduttore che cerca di contenere e collegare gli interventi; egli diventa il depositario di una funzione di catalizzazione dell'andamento del lavoro che si svolge nel campo; cerca di attivare la comunicazione attraverso pensieri trasformativi.

Compiti del conduttore

In sintesi i compiti principali del conduttore sono i seguenti:

1. La maggior parte degli autori sottolinea che è il compito primario di un conduttore creare un clima di sicurezza, accettazione e fiducia nel gruppo, e di preservare il relatore fornendogli un supporto individuale.
2. Riconoscere e valorizzare i contributi che gli altri membri del gruppo portano nella discussione derivanti dalla loro esperienza clinica e di vita in generale.
3. Stabilire la cornice, il *setting*, stabilendo le regole e i confini del gruppo, se necessario, focalizzando il processo in corso e gli obiettivi del gruppo.
4. Mettere a disposizione la propria competenza psicologica/psicodinamica per la messa in luce delle problematiche implicite nel discorso del paziente tracciandone qualche tratto di personalità e contemporaneamente mettere in evidenza l'atteggiamento corrispondente del medico. Altrettanto può usare la sua competenza psicodinamica per proporre qualche interpretazione sui processi cognitivi e emotivi in atto nel gruppo. Non deve usare un atteggiamento né autoritario né di insegnante.
5. Aiutare il gruppo a continuare nel suo percorso di crescita utilizzando il materiale che sorge durante la discussione dei casi. L'o-

biettivo è quello di sviluppare nei partecipanti la sensibilità a ciò che accade -sia coscientemente che inconsciamente -nella mente del medico e del paziente quando essi sono insieme (transfert e controtransfert) focalizzando le energie del gruppo verso l'acquisizione di una speciale abilità.

6. favorire la capacità immaginativa (sogno della veglia) per costruire il profilo del paziente e della relazione medico-paziente nel gruppo, comprendendo la complessità del caso, la ricchezza e la diversità dei contributi dei partecipanti e le interazioni tra di loro.

La formazione del conduttore

Ho riferito nel paragrafo precedente quanto ha affermato M. Balint circa le competenze del conduttore: parla di uno psichiatra psicoanalista. Successivamente ha sostenuto la possibilità che anche alcuni medici di famiglia, dopo ripetute esperienze di gruppi Balint, possano condurre dei gruppi di colleghi pure non essendo psicoanaliticamente formati. Anche gli psicoanalisti "in realtà non conoscono le grandi possibilità psicoterapiche implicite in ogni forma di pratica medica e in tal modo il loro contributo a questi campi è spesso mal fondato e fuorviato" (Balint M. e E. 1961, p. 11, Tecniche psicoterapiche in medicina). Proseguono auspicando che simili tecniche possano trovare accoglimento nell'insegnamento nelle scuole di medicina. Tale raccomandazione è tuttora attuale.

In seguito si sono costituiti dei G.B. condotti da altre figure professionali, psicologi o medici con formazioni non psicodinamiche. Certamente non sono differenze da sottovalutare, i gruppi possono avere dinamiche e orientamenti diversi, ma Balint sottolineava il valore primario dell'emergenza dei sentimenti nella relazione della coppia. Persone non particolarmente preparate nella metapsicologia psicoanalitica o nella tecnica o teoria della tecnica psicoanalitica, possono essere in grado di condurre dei gruppi nei quali vengono rispettati alcuni principi pur di derivazione psicoanalitica. Primo fra tutti il convincimento che la comunicazione tra due soggetti è sempre permeata di fantasie, pensieri e sentimenti inconsci di entrambi; secondo: il controtransfert l'esercizio del quale, attraverso la ripetuta osservazione pensieri e sentimenti che insorgono durante la visita

di un paziente, è di particolare rilievo per capire la comunicazione del paziente in quel momento oltre alle dichiarazioni manifeste. Ed è proprio la conoscenza del controtransfert in grado di svelare i più autentici bisogni e desideri del paziente.

La complessità della relazione

Le basi della medicina psicosomatica e delle neuroscienze

Mario G. Sarti

Condividere conoscenze ed opinioni su vari aspetti della medicina psicosomatica, sia sul piano dell'evoluzione storica, che soprattutto per i riflessi "in parallelo" sulla relazione con il paziente su cui si focalizza lo scopo principale del Corso ossia l'addestramento alla partecipazione e, quindi, alla conduzione dei gruppi Balint.

È impossibile rinunciare all'uso del termine psicosomatico, per quanto semanticamente inflazionato e quindi ambiguo, perché racchiude in una parola la complessità della malattia e riconduce ad unità il "misterioso salto dalla mente al corpo". D'altra parte l'uomo ha da sempre usato il proprio corpo come uno strumento. Usando il tamburo per ripetere il ritmo del cuore e altri strumenti per riprodurre i suoni della natura (il canto degli uccelli, la voce degli elementi naturali etc.). Basta poi pensare ai primordiali graffiti con immagini delle mani sulle pareti delle grotte, diffusi in paesi fra loro enormemente distanti e alle misure anglosassoni (tuttora in uso) braccia, piedi, pollici.

L'invenzione della malattia psicosomatica

Questo è solo un elenco parziale dei disturbi e delle sindromi classificati come psicosomatici o ritenuti a sfondo psicosomatico dall'Ottocento ad oggi:

Globus histericus, paralisi, catalessi, ipocondria, irritazione spinale, isteronevrastenia, nevrastenia, isteria, convulsioni isteriche, paralisi isterica, sonnambulismo, disturbo da personalità multipla, nevrosi genitali, riflessi uterini, debolezza irritabile, psicastenia, paraplegia, afonie, dispepsie, ipertensione, cardiopatie ischemiche, sindrome dell'intestino irritabile, asma, dermatite, ulcera peptica,

colite, diabete, tumori, sindrome da stanchezza cronica, dolore psicogeno, artrite reumatoide, lupus eritematoso sistemico, iperidrosi, psoriasi, orticaria, alopecia areata, porpora, sindrome premestruale, amenorrea, dolore pelvico, iper e ipotiroidismo…

L'analisi della storia delle malattie psicosomatiche è così un passo fondamentale per avvicinarsi alla comprensione di come la cultura possa prendere forma in un sintomo, per far da modello all'esperienza individuale del disagio fisico.

È difficile parlare di disturbi psicosomatici poiché non esistono sindromi per definizione psicosomatiche. Possono infatti essere ritenuti psicosomatici problemi clinici molto diversi fra di loro. Una definizione *omnibus* di disturbo psicosomatico sarebbe pochissimo utile per la sua genericità(rischio di sovra-inclusione) ma, d'altro canto, non riconoscere la componente psicosomatica in gran parte delle sindromi sia mediche che psichiatriche sarebbe altrettanto inefficace sul piano diagnostico(rischio di sotto-inclusione).

Effetto placebo

La letteratura medica è eccezionalmente ricca di storie di guarigioni difficilmente spiegabili nei termini dell'ortodossia scientifica. Viene segnalato un caso di un contadino afflitto da melanoma che guarisce dopo un incontro con Madre Teresa di Calcutta. È indubbio che l'uomo abbia questa risorsa e la stessa trova testimonianza in questa come in tante altre guarigioni inspiegabili. Lo stesso effetto placebo è ipotizzabile che sia riconducibile ad una modificazione biochimica del cervello, generata dalla fiducia riposta nel farmaco da parte del paziente. Evidenze chiare circa l'effetto placebo non ve ne sono, però in letteratura scientifica l'esempio maggiormente significativo è dato dal confronto tra l'attività antidolorifica prodotta dalla morfina con quella prodotta dall'acqua, somministrata in pazienti ignari dello scambio. I dati ci dicono che la scomparsa del dolore nel campione placebo è del 60%. Mentre la medicina ufficiale etichetta l'effetto placebo come un processo di autosuggestione, l'auspicio è di poter approfondire, conoscere in fondo questo promettente ambito di ricerca e svelare gli intimi e meravigliosi segreti dell'autoguarigione.

Il substrato anatomo-fisiologico dell'autoguarigione

Il potenziale di auto-guarigione, sembra si verifichi specificatamente attraverso la mediazione dell'asse ipotalamo-ipofisi - sistema immunitario. Georg Groddeck, medico e psicoanalista, padre della moderna psicosomatica, all'inizio del '900 descrisse le capacità del corpo umano di ripararsi da sé in seguito a malattia, la quale doveva essere ridimensionata per permettere all'energia vitale (ES) di emergere e guarirci. Nel suo libro, NASAMECU, acronimo ippocratico di *natura sanat medicus curat*, Groddeck fornisce tutte le indicazioni tendenti a tale scopo. L'autore dunque rileva che l'autoguarigione possa essere possibile attraverso il ridimensionamento dell'Io a favore dell'Es, ovvero dell'energia vitale che è presente dentro ognuno di noi e che fa funzionare insieme tutte le cellule, ricostruisce il corpo rinnovandolo continuamente, ci difende dagli attacchi e ci cura. Questo principio, in netto anticipo sui tempi, è una prima forma di lettura "scientifica" la quale propone anche una visione unitaria o come diremmo oggi, olistica dell'uomo. L'Es, definibile anche come forza totipotente, viene ostacolata dunque dall'Io. L'Io è figlio di una cultura dominante di superficie, di un'educazione cieca di fronte alle diversità e che ci vuole omologati ed in tendenza coerente con il sistema. L'Io è rafforzato dai luoghi comuni, dalla *routine* quotidiana e da tutte quelle condizioni che ci spingono verso direzioni innaturali, le quali porteranno, prima o poi, verso la malattia. Ogni malattia rappresenta non solo una lacerazione della propria trama di vita, ma anche un forte appello della nostra intelligenza interiore che altro non chiede che di ripristinare l'omeostasi e dunque la salute. Spesso il disagio è già in sé la soluzione: basterebbe riportare in primo piano i segnali che il corpo invia, ascoltare le sue sensazioni ed esserne maggiormente consapevoli. Tanti segnali vengono ignorati o addirittura soppressi ma, questi sono segnali di denuncia di una disarmonia che va ben oltre il corpo stesso. La psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) dimostra scientificamente ciò che Groddeck teorizzava. La psiche con i suoi processi, il pensiero, la coscienza, le emozioni sono elementi compresenti in ogni processo nervoso, endocrino ed immunitario. Tutto dunque nasce dalla mente, in particolare dall'area limbica, sede delle emozioni e dei com-

portamenti istintuali. All'interno dell'area limbica giungono continuamente afferenze da tutti gli organi. David Servan-Schereiber dell'Università di Pittsburgh, Pennsylvania, afferma che il " il cervello emotivo" possiede due meccanismi naturali di autoriparazione. Si tratta di capacità innate di ritrovare l'equilibrio ed il benessere... paragonabili alla cicatrizzazione di una ferita. Inoltre l'area limbica è la centralina di funzioni vitali come la respirazione, il battito cardiaco, la libido, il sonno, la pressione arteriosa, la secrezione ormonale e la risposta immunitaria. A questo punto possia chiederci:

"Which Doctor is not a Witch Doctor"

Quale medico (e psicologo) non sia in ultima analisi uno stregone, e, aggiungiamo, perché.

Il termine psicosomatica è usato a livelli semantici molto diversi:

- per esprimere una medicina totale
- per sottolineare il sospetto che il sintomo sia di origine psichica
- per indicare un disturbo che si ritiene determinato o sostenuto da una componente emotiva e conflittuale
- per indicare processi fisiopatologici senza una chiara, evidenziabile base organica

semplicemente per esprimere una particolare modalità di rapporto ed operativa del medico.

Si può parlare di evento psicosomatico ogni qualvolta ci troviamo di fronte ad un sintomo sia esso acuto o cronico, dove la spiegazione fisiopatologica non è sufficiente ed in cui la "causa organica" è necessaria, ma non sufficiente per spiegare l'evento stesso.

Quindi dobbiamo necessariamente utilizzare sia il modello della spiegazione(tipico delle scienze naturali) sia il modello della comprensione (tipico della psicologia).

Nel 1966 Donald W. Winnicott (1896-1971) scrisse un fondamentale articolo dedicato alla psicosomatica, anche se pertinenti osservazioni su questo tema si trovano sparse in tutta la sua opera. In questo articolo a lungo si discute sul "trattino" che separa le due porzioni del termine psico-somatico. Esso viene considerato la parte più importante della parola perché definisce l'area che deve essere studiata, in quanto il trattino nello stesso tempo "congiunge e separa i due aspetti della pratica medica". Su questo *trait d'union* lavora lo spe-

cialista di malattie psicosomatiche, e sempre su questo punto si inserisce il disturbo fondamentale del paziente, cioè la sua dissociazione, che tende a separare i due termini e a fare quindi posto al trattino.

Secondo Winnicott, pediatra e grande psicoanalista, se il processo maturativo del bambino procede regolarmente, il godere del funzionamento del corpo rinforza lo sviluppo dell'io, e anche lo sviluppo dell'io rinforza il corpo. Un normale processo maturativo dallo stato primario non integrato dipende dall'atteggiamento materno; se questo è "sufficientemente buono" si realizzerà l'integrazione psicosomatica, cioè la psiche riuscirà ad abitare dentro il soma; un fallimento evolutivo provocherà invece un'insicurezza dell'abitare dentro, e condurrà alla depersonalizzazione e a disturbi psicosomatici. La malattia comporta una scissione nella personalità dell'individuo in cui esiste una fragilità del legame tra psiche e soma; ma qui sta anche l'aspetto positivo della malattia psicosomatica: ammalandosi il corpo per eventi familiari, lavorativi, ecc. (stress a impatto emotivo), viene mantenuta, anche se in negativo, l'unità fondamentale psicosomatica dell'individuo (individuo = che non può essere diviso). Molte parole ancora varrebbe la pena di spendere riguardo al pensiero di Winnicott che, sebbene non si sia occupato eminentemente di psicosomatica, a differenza per esempio di Alexander, ha tuttavia fatto osservazioni geniali. La stessa discussione sul "trattino", sopra riferita, tesa a individuare l'area della psicosomatica, mostra come la posizione delle questioni teoriche non sia astrattezza inutile, ma elemento di fondazione per il conoscere e l'agire.

Ma il tratto d'unione indirettamente ci pone di fronte ad un problema centrale: quello del dualismo. È un problema antico che pesa soprattutto nella cultura occidentale.

Il dualismo – come fatto ontologico – nasce con Platone,(Atene, 427 a.C. – Atene, 347 a.C.) anche se apparentemente il filosofo cerca di proporre l'unità corpo-mente (soprattutto nel dialogo "Carmide").

«Perché, caro Carmide, questo carme non è capace di guarire la testa separatamente; ma come forse anche tu sai per aver udito dei bravi medici se per esempio ci va uno con male agli occhi, gli dicono che non si può cominciare a sanare gli occhi soli, ma che bisognerebbe curare anche la testa se si vuole guarire gli occhi; e dicono ancora che è un'assurdità pensare di curare la testa per se stessa senza tenere conto dell'intero corpo. Così in base a questo ragionamento,

cercano di curare e sanare la parte applicando un regime all'intero corpo. [...]»

Ma è solo un'apparenza. In effetti i filosofi precedenti (presocratici o presofisti) erano andati alla ricerca dell'unità. La loro ricerca, era la ricerca della "fisis", ovverosia trovare un principio unico che spiegasse il divenire. Ma è proprio Platone, che ponendo il mondo iperuranio delle idee da una parte, e la materia informe (caos) dall'altra, pone la scissione: scissione che sarà malamente ricucita con la creazione della figura del demiurgo. Figura terza, necessaria, per spiegare come possano essere comunicabili due enti così diversi.

Il dualismo, cioè l'opposizione, è tra soma e psiche. Siccome non ci sono problemi nel connotare il soma, dobbiamo connotare la psiche che va distinta dal mentale. Quando parliamo di mentale, ci riferiamo ad una concezione che postula un organo nervoso centrale che è capace di produrre delle funzioni integrative superiori, che sono appunto le funzioni mentali: ovverosia l'intelligenza, le emozioni ecc., ma il tutto è riferito ad una impersonale produzione del S.N.C. Quando parliamo di psiche, intendiamo la presenza di un soggetto, di una storia, di una struttura di sviluppo, l'esistenza di fantasie inconsce e soprattutto il fatto che il comportamento umano ha un senso, oltre che una finalità.

Descartes da una parte, Leibniz dall'altra, hanno perpetuato in modo diverso questa dicotomia, che poteva essere sanata solo dalla presenza di un Dio.

Il pensiero di Spinoza, che proponeva il superamento attraverso la teoria dell'identità, ebbe molta poca fortuna. Tutte le cose materiali derivano dall'attributo dell'estensione e tutte le cose non materiali derivano dall'attributo del pensiero o meglio, come dice Spinoza, le cose e le idee sono rispettivamente i modi di essere dell'attributo pensiero e i modi di essere dell'attributo estensione.

Ma se il dualismo e la scissione hanno avuto una vita così lunga, non basta l'anatema o la critica per superarlo. È evidente che mentre nella normalità si esprime l'unità psichico-somatica, la scissione invece si evidenzia nell'evento patologico. Appunto quell'evento psicosomatico ove noi ci accorgiamo di una lacerazione e di una rottura di questa profonda unità.

Perché avviene questa rottura? Questo ci introduce al problema dell'eziologia.

È evidente che la spiegazione della malattia, solo in termini somatici o psichici non è esauriente: al massimo possiamo capire le cause necessarie, ma non sufficienti, perché una malattia si sviluppi. Ma non solo ci interessa capire perché una persona si ammala, ma anche perché si ammala quel particolare organo: è evidente che esiste una scelta d'organo ed è importante capirne il perché. E questo è certamente un compito della psicosomatica.

Esistono tre tipi fondamentali di causalità in patologia:

a) una causalità lineare o fisica. È uno schema molto semplicistico, ove una causa unica è necessaria e sufficiente a produrre una patologia. È applicabile solamente in pochi casi. L'anatomia patologica ne è l'esemplificazione massima nella spiegazione della patologia umana;
b) una causalità multipla o circolare.

Questo schema considera che la malattia è una funzione a variabili multiple, per cui le cause possono essere effetti e gli effetti a loro volta, causa. È uno schema molto più articolato del precedente e in medicina psicosomatica è stato utilizzato da vari AA. (F. Alexander, E. English ecc.) che hanno spiegato vettorialmente la malattia come conseguenza di una serie di eventi che vanno ad organizzarsi in schemi dinamici specifici, oppure in particolari tipi di personalità premorbosa (tanto che si è parlato di personalità ulcerosa, asmatica ecc.). Questa spiegazione è più ampia ed articolata, ma rischia di spezzettare l'eziologia in una serie di cause e concause, per cui si rischia di perdere di vista i fattori essenziali. Ma il difetto fondamentale è che questa spiegazione non ci dice molto sul senso del sintomo. Questa mancanza sembra essere colmata dalla causalità relazionale, che apre uno spiraglio importante;

c) causalità relazionale

«Qui la prospettiva eziologica opera un cambiamento decisivo; l'accento è posto quasi esclusivamente sul senso del sintomo; ma questo senso anziché essere visto come una interazione di variabili multiple (ereditarie, traumatiche, infantili, educative,umorali, sociali ecc.) è visto come una relazione. Questa concezione permette di evitare lo spezzettamento eziologico in una congerie di cause e di

effetti alla quale porta la causalità polivalente, ed invece incentra l'eziologia intorno ad una relazione fondamentale che bisogna scoprire – e che definisce allo stesso tempo – l'oggetto della ricerca e della terapia psicosomatica. La causalità relazionale opera dunque un ritorno ad una teoria eziologica unitaria.

Comunque è F. Alexander che negli anni '30 tenta il primo modello psicosomatico: introduce il concetto di nevrosi vegetativa che distingue nettamente dalla conversione.

«Una nevrosi vegetativa non vuol dire che vi è stato un tentativo di esprimere una emozione, ma è piuttosto la reazione psicologica degli organi vegetativi a stati emozionali costanti o periodicamente ricorrenti» (Alexander F., 1951).

Egli oltre a uno schema generale basato sulla inibizione degli impulsi aggressivi, o sulla inibizione delle aspirazioni alla ricerca di dipendenza e di aiuto, cerca di proporre conflitti specifici e quindi profili specifici di personalità, che pur in una eziologia multifattoriale, sarebbero alla base delle diverse malattie psicosomatiche. Egli separa comunque nettamente questo meccanismo dal processo di conversione isterica. Per molti A.A. invece (L. Rangell, J.P. Valabrega, F. Deutsch) è possibile utilizzare il concetto di conversione non solo nell'isteria, ma anche nei disturbi psicosomatici. Alexander postulò che la paura, aggressività, colpa e desideri frustrati, quando repressi, producano tensioni emotive e croniche in cui specifiche concomitanze fisiologiche potrebbero condurre a una disfunzione e infine a cambiamenti strutturali in specifici organi bersaglio. La sua cosiddetta teoria della specificità asserì che una specifica costellazione dinamica, consistente in un conflitto nucleare, le difese contro di esso e le emozioni provocate da esso, correlate con una specifica risposta vegetativa potrebbero condurre a una malattia specifica, o a quello che lui chiamò uno "psychogenic disorder" organico, per es. sindromi cardiache rappresenterebbero effetti dell'ansietà neurotica e repressione della collera, ipertensione sarebbe causata dall'iperattività del simpatico tipica della rabbia, il blocco dei sistemi neuroendocrini legati alla lotta e alla fuga porterebbero a artrite reumatoide, emicrania, ipertiroidismo. Il blocco

delle emozioni connesse alle attività del parasimpatico porterebbero a disturbi gastroenterici, asma, affaticamento cronico. Helen Flanders Dunbar, uno dei pionieri di questo campo in America, fu influenzata chiaramente da Meyer. Vide la malattia come un prodotto dell'interazione tra uomo, il complesso mente-corpo, e il suo ambiente sociale e fisico, un prodotto che sempre comprese ambedue gli aspetti somatico e psicosociale. La Dunbar sosteneva una sorta di *cliché* caratteriale per ogni malattia psicosomatica. Per es. il paziente coronaropatico lotterebbe con fermezza e grande autocontrollo tendendo al successo.

Dunbar e un altro seguace di Meyer, George W. Henry, furono pionieri della *consultation liaison psychiatry* negli Stati Uniti nei primi anni '30, che, fondandosi sul rapporto di consulenza fra internisti e "specialisti della psiche"(psicologi, psichiatri etc.) diventerà nel corso degli anni un modello di approccio condiviso al paziente psicosomatico.

Molti A.A. soprattutto della scuola argentina, in primo luogo L. A. Chiozza, ritengono che alla base di ogni disturbo psicosomatico ci sia una specifica fantasia inconscia. Le idee o le fantasie inconsce sono "chiavi di innervazione degli affetti".

Nell'inconscio esiste una idea o fantasia, che come chiave di innervazione affettiva costituisce una disposizione potenziale: il sintomo somatico costituisce lo sviluppo di tale idea inconscia. Il paziente percepisce questo sintomo, ma gli dà un significato diverso: è lo psicoanalista che interpreta e quindi dà un senso al sintomo.

Il sintomo va inserito e capito all'interno dell'intero ciclo vitale del paziente. In questo senso ogni patologia dovrebbe essere sempre vista come patobiografia. I Balint propongono una distinzione tra malattia autogena (del paziente) e malattia iatrogena (del medico)

La causalità relazionale opera dunque un ritorno ad una teoria eziologica unitaria ... Di conseguenza il senso non è da ricercare in uno schema settoriale lineare, né in una funzione a variabili multiple, ma bensì, nella relazione che sottende la produzione dei sintomi e soprattutto nello scacco di questa relazione».

In questo senso i Balint arrivano fino ad estreme conseguenze, ponendo una distinzione tra la malattia autogena (cioè del paziente) e la malattia iatrogena (cioè del medico), nel senso che il paziente, a

partire dalle sue sensazioni, timori, sofferenze si forma un quadro, più o meno coerente di quello che ha e che costituisce la sua malattia (autogena). Il medico, dall'anamnesi, dall'ascolto, dalle sue reazioni controtrasferali si forma un quadro – spesso diverso – che viene definito la malattia iatrogena. Mentre il quadro della malattia iatrogena si costituisce sulla base di una teoria, «... al contrario il quadro della malattia autogena è vago e confuso: le parole che l'esprimono sono mutevoli, egli non sa a volte nemmeno esprimersi con le parole». Quindi è evidente che la malattia – comunque essa sia – è un sintomo, una comunicazione che va decifrata.

Alessitimia. Uomini che non possono piangere… e pensiero operatorio

Marty e de M'Uzan nel1963 coniarono il termine di *pensée opératoire* (pensiero operatorio) per descrivere un tipo di pensiero incapace di produrre fantasie, senza immaginazione, estremamente utilitaristico, preoccupato dei minimi particolari degli eventi esterni e molto aderente alla realtà, e ipotizzarono che questo tipo di pensiero fosse tipico di una specifica personalità psicosomatica.

Il pensiero operatorio è un concetto che rinvia ad una costellazione di segni come:

- *Incapacità a mettere le emozioni nelle parole*
- *Un discorso impoverito di emozioni*
- *Difficoltà ad associare eventi vissuti ed emozioni*
- *Un discorso"fattuale", incollato alla realtà*
- *Difficoltà di verbalizzazione e/o a comunicare*
- *Una "rélation blanche"*
- *Difetti di mentalizzazione*
- *Povertà della vita fantasmatica*
- *Priorità accordata all'azione*

Questi autori affermano che la somatizzazione è ubiquitaria; non si tratta quindi di individuare nevrosi viscerali o personalità premorbose (la critica ad Alexander è esplicita), ma di individuare connotazioni più generali, le cui caratteristiche fondamentali sono sostanzialmente tre:

– difetto di mentalizzazione;
– dominanza del pensiero operatorio;
– organizzazione delle difese secondo le modalità delle nevrosi di carattere.

Il difetto di mentalizzazione consiste nella relativa incapacità, da parte di questi pazienti, di fare uso dei meccanismi difensivi mentali. Le difficoltà esistenziali non sono mentalizzate, passando attraverso le relative emozioni; precipitano direttamente, quindi, in uno stato di malattia fisica. La dominanza del pensiero operatorio è la caratteristica dei pazienti psicosomatici più significativamente e originalmente evidenziata dalla teoria degli autori francesi. Nel raccontare la propria storia, questi pazienti parlano della loro malattia, anche se con molti particolari, sempre in termini concreti; si nota un'affettività poco articolata, scarsità o assenza di emozioni. In breve, si può dire che in questi pazienti l'attività fantasmatica è scarsa o assente.

Alessitimia

Il termine "alessitimia", derivante dal greco (a=mancanza; lexis=parola; thymos=emozione), letteralmente mancanza di parole per le emozioni, fu coniato da Sifneos (1973) per indicare una costellazione di caratteristiche cognitive ed oggettive; infatti molti pazienti affetti da disturbi psicosomatici classici presentavano una marcata difficoltà ad esprimere i propri sentimenti soggettivi, uno stile comunicativo caratterizzato da una estrema attenzione per i più piccoli dettagli degli eventi esterni e da una assenza o forte riduzione di fantasie.

L'ipotesi di MacLean secondo cui i sintomi fisici dei pazienti alessitimici sono dovuti al fatto che le emozioni vengono incanalate direttamente negli organi corporei attraverso le vie neuroendocrine e autonome. Nemiah (1975, 1977) ha approfondito questa posizione sostenendo che l'alessitimia è provocata da un difetto neurofisiologico che influenza la modulazione da parte del corpo striato dell'*input* proveniente dal sistema limbico e diretto al neocortex. Inoltre gli studi sulla specializzazione emisferica, compreso il modo in cui il cervello integra il linguaggio affettivo e propositivo, hanno portato all'idea che l'alessitimia sia dovuta ad una disfunzione dell'emisfero

destro o ad una carenza nella comunicazione interemisferica.

Come l'emisfero sinistro controlla lo sviluppo della competenza linguistica, così l'integrità dell'emisfero destro potrebbe essere essenziale all'emergere di capacità interpersonali e di quella che Hymes (1971) ha definito competenza comunicativa.

Pertanto una carente funzionalità dell'emisfero destro potrebbe spiegare non solo la difficoltà dei pazienti alessitimici a riconoscere e descrivere le loro emozioni, ma anche la loro minore capacità empatica.

Cannon e l'omeostasi: il modello psicobiologico si fonda sul concetto di stress.

Nel 1935 compare per la prima volta la parola "stress" nella terminologia biomedica. Con tale termine Cannon denominò le sollecitazioni ambientali e propose la locuzione "livello critico di stress" per la soglia massima di sopportazione dei meccanismi di compenso fisiologici. Cannon propose la teoria talamica per l'interpretazione fisiologica dell'emozione. La corteccia cerebrale inibisce costantemente la tendenza alla scarica degli schemi di comportamento emotivo codificati nel nucleo diencefalico del talamo. Tale inibizione verrebbe rimossa soltanto nel momento in cui le informazioni sensoriali afferenti ai centri corticali denunciano la comparsa di una situazione insolita o pericolosa per la sopravvivenza o il benessere dell'organismo.

Dall'idea di reazione d'allarme al concetto di stress

Hans Selye e la *General Adaptation Syndrome*.

Risposta aspecifica e stereotipata a stimoli nocivi di diversa origine.

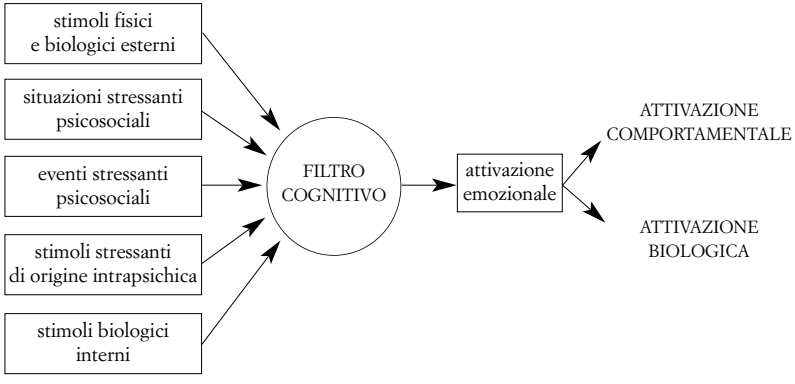
Il programma biologico si svolge attraverso l'attivazione del sistema nervoso vegetativo (SNV) e del sistema neuroendocrino; questi due sistemi a loro volta agiscono sul sistema metabolico, sul sistema immunitario e sullo stato funzionale dei vari organi adattandoli funzionalmente alle necessità dell'azione. Questa reazione, definibile anche come reazione di stress, è, nell'animale, usualmente di tipo acuto e tende a disattivarsi rapidamente una volta allontanato lo stimolo stressante.

L'aumento dello sviluppo corticale, caratteristico dei primati e soprattutto dell'uomo, tende tuttavia a modificare la linearità della reazione emozionale nei suoi aspetti sia biologici che comportamentali.

Nell'uomo si osserva anzitutto una netta prevalenza degli stressor di tipo psicosociale. Caratteristica dell'uomo è infatti la costruzione di complesse strutture sociali interattive basate su ruoli, gerarchie e norme di comportamento. Ciò comporta che la fonte di stimolo emozionale deriva solo in misura minima da stressor di natura fisica, mentre è dominante la stimolazione che deriva dal rapporto interpersonale.

In secondo luogo, nell'uomo lo stimolo che innesca la reazione emozionale è di natura mediata, in quanto è preventivamente sottoposto al filtro della valutazione cognitiva rappresentata dal ricordo di esperienze precedenti, da inferenze anticipative, da associazioni simboliche con situazioni traumatizzanti e dalla situazione sociale in cui avviene la stimolazione. L'importanza del sistema cognitivo fa sì che lo stimolo che innesca la reazione emozionale può, talvolta, originarsi all'interno del soggetto partendo da semplici ricordi o da fantasie non indotti da alcuno stimolo esterno.

Dopo che lo stimolo è stato valutato viene innescata una reazione emozionale: questa reazione «si manifesta attraverso l'attuazione di due programmi: un programma comportamentale ed un programma biologico».



Stimoli e reazione emozionale. La molteplicità degli stimoli (stressors) che agiscono sull'individuo prima di indurre un'attivazione emozionale deve essere sottoposta al filtro del sistema cognitivo dell'individuo. Il sistema cognitivo dunque modula e controlla la reazione emozionale e le sue manifestazioni biologiche e comportamentali.

«La fonte principale di stimoli capaci di indurre una reazione emozionale viene dall'ambiente psicosociale e dalla rete relazionale dell'individuo... ma soprattutto da quegli eventi che inducono un cambiamento nel corso della vita dell'individuo e richiedono uno sforzo di adattamento».

Nell'uomo la complessità delle interazioni sociali e la natura mediata dello stressor fanno sì che, in gran parte delle situazioni di attivazione emozionale, l'azione diretta non è possibile o deve essere spostata su di un altro oggetto o deve essere ritardata nel tempo. In questi casi, il «cervello limbico» attiva la reazione emozionale a livello biologico, ma non a livello comportamentale. Ciò comporta una possibile attivazione biologica cronica del SNV o del sistema neuroendocrino in quanto lo stressor psicosociale non può essere immediatamente allontanato. Questo meccanismo è particolarmente importante nel caso di stimoli di origine intrapsichica in cui l'attivazione emozionale non può essere ridotta con comportamenti in senso stretto, ma occorre far ricorso a meccanismi intrapsichici di gestione o di *coping*.

Il Sistema limbico è deputato al coordinamento delle afferenze sensoriali con le reazioni corporee e le necessità viscerali che rappresentano il luogo di origine delle emozioni (Fulton 1951). Il Sistema limbico interviene nell'elaborazione di tutto l'insieme dei comportamenti correlati con la sopravvivenza della specie, elabora le emozioni e le manifestazioni vegetative che ad esse si accompagnano ed è coinvolto nei processi di memorizzazione. Il Sistema limbico è una formazione filogeneticamente antica. Studiandone l'anatomia comparata si rimane sorpresi da come, pur essendo differente la sua estensione nelle varie specie dei mammiferi, il suo sviluppo e la sua organizzazione siano simili. Tali osservazioni fanno ritenere che le basi fisiologiche dell'emotività e del comportamento siano simili in tutti i mammiferi (Valzelli 1970). Il Sistema limbico è costituito da formazioni grigie tra loro unite da importanti fasci di connessione. Le formazioni grigie del sistema limbico sono la corteccia del cingolo, il giro ippocampale, l'ippocampo, parte del nucleo amigdaloideo, i nuclei del setto pellucido, i nuclei mammillari dell'ipotalamo, il complesso nucleare anteriore del talamo.

Approccio evoluzionistico alla comprensione delle emozioni e delle malattie

Seccondo Darwin l'evoluzione si realizza attraverso i meccanismi della variazione casuale e della selezione naturale. Darwin nel1872 pubblica *L'espressione delle emozioni nell'animale e nell'uomo*. Nel corso del secolo e mezzo di vita della teoria dell'evoluzione la medicina e la psichiatria hanno colpevolmente ignorato la tradizione scientifica e filosofica cresciuta intorno al paradigma teorico di Darwin(1809-82) il sistema concettuale fondante ed unificante di tutte le scienze biologiche. La prospettiva evoluzionistica è in grado di correlare ed integrare nella dimensione storica le numerose cause che concorrono all'emergenza delle malattie, legando la dimensione genetica a quella dello sviluppo individuale e queste al comportamento ed alle abitudini personali apprese ed al contesto ecologico e sociale. Da un punto di vista biologico ed evoluzionistico le emozioni perdono la loro caratterizzazione sostanziale per assumere una valenza funzionale non diversa da quella del resto delle attività organiche, diventando una delle espressioni dei processi biologici. Esse sono il versante psicologico di un complesso di meccanismi biologici in grado di confrontare gli stimoli provenienti dai tessuti interni e dall'ambiente esterno con gli stati preferiti dall'organismo, di organizzare e sostenere, anche sulla base di esperienze apprese e dei fattori cognitivi, una risposta fisiologica e comportamentale finalizzata all'adattamento, alla sopravvivenza dell'individuo e della specie. Concentrandosi sui processi di trascrizione dei geni, la biologia molecolare e la genomica funzionale stanno mettendo in evidenza i meccanismi fondamentali dell'integrazione dei vari sistemi fisiologici in gioco nei processi emotivi e di adattamento individuale e la sovrapposizione e la concatenazione di eventi metabolici e plastici con cui la dimensione psichica dà luogo o contribuisce all'innesco di un processo patogenetico alla malattia.

Correlati ed effetti fisiologici dello stress emozionale

È documentato che situazioni acute di stress influenzano,oltre al

sistema orto- e parasimpatico, il sistema immunitario(attraverso fenomeni di neuroimmunomodulazione) attraverso la mediazione limbico-ipotalamica, molti neuropeptidi ed ormoni. Sarà estremamente importante valutare questo reciproco controllo dei mediatori-modulatori della trasmissione nervosa e altre sostanze in gioco nel mantenimento dell'omeostasi e in tutti i fenomeni di adattamento individuale, controllo che arriva sino alla regolazione dell'espressione genica. I neuropeptidi sono i mediatori primari delle emozioni. Stimoli esterni e interni come lo stress, l'apprendimento, l'interazione sociale influenzano la formazione e il comportamento dei fattori di trascrizione genica. Nei processi di trascrizione del gene, così, la cultura può diventare natura, senza misteriosi salti dalla mente al corpo. Non esiste infatti trasduzione psico/somatica in quanto tutti gli stimoli, siano essi ambientali, fisiologici, psicosociali, hanno un unico bersaglio finale, la regolazione genica. Al tempo stesso la regolazione genica costituisce l'elemento iniziale di una cascata di processi comportamentali e biologici tesi all'adattamento dell'organismo o ad un eventuale progressivo discostamento dall'omeostasi, e quindi alla malattia.

Ricombinazione

Processo che porta alla comparsa, nella progenie, di combinazioni di geni che non erano presenti in nessuno dei due genitori. La ricombinazione genica si verifica attraverso il processo del *crossing-over* e l'assortimento indipendente dei geni presenti sui cromosomi durante la gametogenesi e la successiva riunione casuale dei differenti tipi di gameti così formati, che si realizza con la fecondazione. La ricombinazione può essere intragenica; genica, quando un frammento di cromosoma viene sostituito con un frammento equivalente di un cromosoma omologo; mitotica, quando deriva da *crossing-over* somatico.

Ricombinazione non omologa

Tipo di ricombinazione genetica in cui gli scambi di materiale genetico non avvengono tra sequenze omologhe; ne sono esempi la trasposizione e l'integrazione del DNA di un profugo.

Ricombinazione omologa

Tipo di ricombinazione genetica in cui lo scambio si verifica tra sequenze di DNA omologhe.

"*Siamo all'inizio della rivoluzione delle neuroscienze; alla fine sapremo come funziona la mente, che cosa governa la nostra natura ed in quale modo conosciamo il mondo.*

Si potrebbe considerare ciò che succede oggi nelle neuroscienze come il preludio alla rivoluzione scientifica di più ampia portata, una rivoluzione dalle conseguenze sociali importanti ed inevitabili".

G.M. Edelman

Il pensiero

- Il pensiero è fra tutte le funzioni psichiche la più difficile da definire.
- In psicologia, s'intende con "*pensier*o" un'attività volta allo scopo di formare concetti, formulare ragionamenti, arrivare a soluzioni di problemi.

Pensiero ed emozioni fanno subito pensare al rapporto con il paziente. Infatti specialmente nel primo incontro dovremo tener conto del fatto che per noi può essere un'attività routinaria che svolgiamo quotidianamente, mentre visto dalla parte del paziente costituisce un incontro pieno di incertezze e aspettative e quindi con grandi cariche emotive che naturalmente si riverseranno sulle modalità di pensiero del paziente stesso. Quindi forse dobbiamo porci ogni tanto qualche domanda: cosa il paziente cerca di dirci? Sappiamo che alcuni possono essere bloccati, con difficoltà a iniziare il discorso, altri fluviali dall'eloquio difficile da fermare e che magari portano il discorso in vari ambiti in maniera disordinata, confusa. Altri ancora cominciano con un riepilogo dettagliato di tutti gli esami e le visite che hanno fatto negli ultimi anni. Quindi quando abbiamo davanti un paziente dovremmo cercare di ricordare che in fondo noi e lui rappresentiamo due mondi che si scrutano, si saggiano(si assaggiano si potrebbe dire)quasi si palpano emotivamente cercando noi come tecnici di ricavare un quadro clinico dai sintomi, il paziente di

capire se siamo sulla buona strada se potremo corrispondere alle aspettative che lui pone nella relazione. Perciò sicuramente le fasi iniziali delle relazioni in genere possono essere anche fondamentali per la riuscita di un percorso terapeutico adeguato.

Secondo Lev Semyonovi Vygotskij il pensiero è socialmente determinato dalla cultura d'appartenenza. Egli suddivide il pensiero in due tipologie:

- *processi cognitivi elementari*: sono dei processi comuni a tutti gli esseri umani, che consentono loro la percezione del mondo
- *sistemi cognitivi funzionali*: il modo di organizzare i processi cognitivi dipende dal contesto culturale e dalla necessità di risolvere particolari problemi

Pensiero è un termine che deriva dal latino *pensum* (participio del verbo *pendere*: "pesare"), e stava ad indicare un certo quantitativo di lana che veniva appunto "pesata" per poter essere infine passata alle filatrici le quali a loro volta avevano il compito di trattarla. Il "pensum" era quindi la materia prima, più grezza, designante metaforicamente un elemento o un tema che doveva essere secondariamente trattato, elaborato, dandogli così una nuova forma.

Per idea si intende qualsiasi oggetto di pensiero.

Vygotskij, padre della scuola storico-culturale, definì 2 stili cognitivi diversi:

- stile cognitivo globale: ossia si passa dalla totalità del fenomeno ai suoi particolari;
- stile cognitivo articolato: si passa dall'articolazione dei singoli elementi alla visione globale

Questi due stili non sono antinomici ma si trovano in un continuum e possono dipendere dalle necessità di un individuo.

Il presupposto del pensiero: la categorizzazione

Oggetti, idee e situazioni vengono ordinati e classificati in categorie comuni o "*concetti*" ovvero *simboli che rappresentano appunto classi di oggetti o di eventi aventi qualità comuni e distintive*), riducendo così le variabili da esaminare ed economizzando sulle risorse mentali (secondo i principi del minimo sforzo).

Le procedure utilizzate per "categorizzare":

– *astrazione*: ricerca degli aspetti che due o più oggetti, idee e situazioni hanno in comune; ciò richiede la selezione di un particolare con l'esclusione degli altri;
– *generalizzazione*: tende a mettere insieme oggetti simili, creando un prototipo con le caratteristiche essenziali per quel concetto.

La formazione di concetti deriva dall'esperienza, favorendo inizialmente i concetti concreti, che si applicano ad elementi di cui si può avere esperienza sensoriale; successivamente, si formano concetti astratti che richiedono elaborazione di materiale interno.Le modalità che vengono scelte per l'appartenenza alla stessa categoria possono essere: *formali, funzionali, affettive, relazionali.*

Il ragionamento: definizione e strategie

Il "ragionamento" è un *procedimento discorsivo che, in base a ragioni (ipotesi), articola passaggi ed approda a una conclusione*. Un soggetto può fornire una risposta adeguata ad una data situazione solo se formula mentalmente delle ipotesi che mette alla prova finché non trova quella corretta, cioè quella che gli permette di fornire risposte adeguate.

Per "strategia" si intende una *successione organizzata di risposte, guidata da ipotesi, nel tentativo di arrivare alla soluzione di un problema*.

Strategie di uso più comune sono:

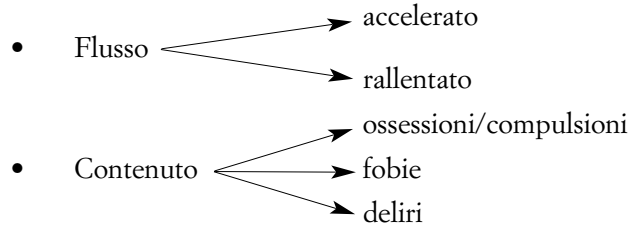
1. *Insight*: venne sperimentato da Kohler sugli scimpanzé e consiste nel risolvere dei problemi che richiedono una soluzione indiretta (come prendere una banana con l'aiuto di un bastone); *funziona come se avvenisse una ristrutturazione del campo cognitivo relativo al problema*. Si tratta di una modalità efficace, ma affidata molto al caso.
2. *Tentativi per prova e per errore*: ricerca una soluzione utilizzando tutte le possibilità senza aiuto.
3. *Algoritmo*: descrive delle regole operative che danno sempre lo stesso risultato.
4. *Procedimento euristico* relativo a ipotesi posta a base di una ricerca.
5. *Messa a fuoco* (*focusing*): consiste, essenzialmente, in un processo

di eliminazione basato sul confronto di ciascun esemplare (oggetto, situazione…) preso come "fuoco".

6. *Scanning*: ci si forma delle "ipotesi" cui viene applicato un "criterio di fallibilità" (un'ipotesi è valida fin quando non è contraddetta): la verifica può essere compiuta per un'ipotesi alla volta ("successiva") oppure per più ipotesi contemporaneamente ("simultanea").

Processo del pensiero

I meccanismi di difesa costringono l'individuo a organizzare in maniera più o meno rigida il suo ambito percettivo e cognitivo, tanto da funzionare generalmente secondo la *legge del tutto o nulla*. La persona si rende conto del proprio pensiero e degli sforzi per far apparire logiche (usando talvolta espressioni ambigue) le proprie convinzioni: ne soffre, ma non riesce a evitarlo volontariamente.



Pensiero ed emozioni

A tutti gli effetti abbiamo due menti: una che pensa, l'altra che sente. A cosa servono le emozioni? Nel cercare di comprendere come mai l'evoluzione abbia conferito all'emozione un ruolo tanto fondamentale nella psiche umana i sociobiologi indicano – quale possibile spiegazione – proprio questa prevalenza del cuore sulla mente nei momenti più critici della vita. Essi sostengono che le nostre emozioni ci guidano nell'affrontare situazioni e compiti troppo importanti perché possano essere affidati al solo intelletto.

Le emozioni nella prospettiva evoluzionistica

- MacLean (1970): le emozioni sono una sintesi psicobiologica tra

esperienze interne e sensazione esterne;
- Pribram (1980): le emozioni, sono delle «immagini di controllo» dell'ambiente interno;
- Antonio Damasio (1994): i «marcatori somatici» sono i correlati fisiologici dell'esperienza emotiva appresa.

Le diverse emozioni sono dunque programmi adattativi complessi di natura biologica e comportamentale, messi a punto dalla selezione, specifici per ogni specie vivente, determinati nella loro struttura fondamentale a livello genetico ma aperti alla modificazione dell'esperienza e all'apprendimento. I nuovi modelli delle emozioni le descrivono come un fenomeno multifattoriale, un processo articolato in parti psichiche ed in parti somatiche, coordinate tra di loro e guidate da un processo di valutazione cognitiva dell'antecedente che le causa. Nella psicologia moderna le emozioni sono generalmente in esse come gli stati ed i processi psicologici che mettono in connessione gli eventi del mondo esterno con il mondo interno dei desideri e delle intenzioni: in questo senso, l'emozione è la valutazione di un evento, come già sosteneva Aristotele. I teorici contemporanei sostengono che l'emozione è scatenata dalla valutazione (*appraisal*) di un evento in relazione alle nostre intenzioni o ai nostri obiettivi. L'emozione è la predisposizione ad un'azione che organizza le priorità nell'ambito delle nostre intenzioni e quindi determina l'urgenza di ciascuna di esse... (Keith Oatley)

Il modello di Antonio R. Damasio

L'errore che Damasio imputa a Cartesio non è solo quello del *dualismo mente-corpo*, ma anche e soprattutto di aver trascurato la *centralità dell'emozione* nei meccanismi *decisionali* della vita quotidiana dell'uomo, che sarebbero invece percorsi mentali fondamentalmente permessi *dalla* ed incentrati *sulla* nostra vita emozionale. Illustrando le sue tesi anche con l'avvincente narrazione di alcuni casi clinici, Damasio sostiene che *la mente riguarda essenzialmente il soma* e che *i processi che sperimentiamo come mentali sono in realtà rappresentazioni del corpo nel cervello*.

Il marcatore somatico

In questo contesto, Damasio enuncia l'ipotesi del cosiddetto *marcatore somatico*, che sarà poi ripetutamente ripresa e discussa nel corso degli sviluppi futuri del pensiero neuroscientifico. Il *marcatore somatico* è l'elemento centrale dell'apprendimento emozionale che abbiamo acquisito nella nostra esperienza precedente: registra e mantiene traccia delle nostre reazioni emozionali pregresse a determinati situazioni e corrisponderebbe, in un certo senso, ai concetti psicologici di credenza e di desiderio. Questo meccanismo di scelta – una sorta di *decisione di pancia*, immediata ed automatica – riesce a collegare la memoria emotiva alle aspettative future, consentendo di selezionare immediatamente quella che, per la storia dell'individuo, è l'opzione migliore, anticipando il ben più lungo e macchinoso ragionamento razionale costi/benefici.

In una conferenza tenuta a Londra nel 2000, Damasio esemplificò la situazione facendo pressappoco questo esempio *... se ci si chiede se vogliamo o no andare a cena domani sera con una certa persona, se davvero dovessimo imbarcarci in una approfondita analisi dei costi e dei benefici dell'andare o non andare, ci impiegheremmo parecchi giorni a giungere alla nostra decisione – troppo tardi, ovviamente. Dobbiamo perciò avere un meccanismo che ci consenta di pervenire ad una decisione molto più rapidamente, e questo ci è consentito dall'avere la possibilità di far ricorso a qualche segnale che abbiamo conservato dal nostro passato quando ci siamo trovati in situazioni analoghe, che ci ricordi, per esempio, che andare a cena con una tale persona è stato un'esperienza splendida ...*

Quando un marcatore somatico negativo è giustapposto ad un particolare esito futuro, la combinazione funziona come un campanello d'allarme; quando invece interviene un marcatore positivo, esso diviene un incentivo. In breve, i marcatori somatici assistono il processo decisionale, selezionando alcune opzioni (pericolose o promettenti) e facilitando le scelte successive dell'individuo. I marcatori somatici vengono acquisiti attraverso l'esperienza, sotto il controllo di un sistema di preferenze interne e l'influenza di un insieme esterno di circostanze che si estende ad includere convenzioni sociali e norme etiche. Il marcatore somatico aiuta il soggetto nel prendere decisioni, collegando alle rappresentazioni interne deter-

minati stati del SNA. In questo modo il soggetto, nel porsi di fronte ad una situazione, sarebbe in grado di scegliere il comportamento appropriato in base alla sensazione soggettiva di malessere o benessere.

Esso agisce come un segnale anticipatorio d'allarme, che dice "attenzione al pericolo che ti attende se scegli l'opzione che conduce a tale esito". Così descritto il marcatore somatico è compatibile con la nozione secondo cui il comportamento, personale e sociale, efficace richiede che gli individui si formino "teorie" adeguate sulla propria e sulle altrui menti, e che siano capaci di prevedere quali teorie gli altri si stanno formando circa la propria, di mente.I marcatori somatici operano consentendo una prima *potatura* delle varie opzioni esistenti: *li si può vedere come un sistema di automatica qualificazione delle previsioni che opera valutando i più diversi scenari del prevedibile futuro che si prospetta*

Si può immaginare i marcatori somatici come dispositivi che attribuiscono un segno. In questo modo, si può realizzare un'*associazione tra processi cosiddetti cognitivi e processi chiamati emotivi.*

Programmazione emotiva

Quindi le sensazioni che affluiscono al nostro cervello attraverso gli organi sensoriali possono essere neutre o associate a gioia,dolore, ansia, nostalgia.Queste ultime vengono immagazzinate in un'area cerebrale, poco conosciuta finora, denominata "corteccia sensoriale secondaria". Una volta immagazzinate qui sarà impossibile per il soggetto ricordare un suono, un odore o un'immagine senza provare l'emozione a questi collegata.

Emozione e sentimento

- Le emozioni sono azioni o movimenti in larga misura *pubblici*, cioè visibili agli altri (la mimica, la voce, ecc.) o rilevabili con mezzi di indagine biologica (dosaggi ormonali, parametri elettrofisiologici, ecc.).
- I sentimenti sono sempre nascosti, come tutti i nostri contenuti mentali, invisibili a chiunque altro se non al loro legittimo proprietario e costituiscono la parte più spiccatamente *privata* dell'organismo nel cui cervello hanno luogo.

Le emozioni si esibiscono nel teatro del *corpo*, i sentimenti in quello della *mente*.

Le emozioni fanno parte dei meccanismi elementari preposti alla regolazione dei processi vitali; ne fanno parte anche i sentimenti, ma ad un livello più alto.Le emozioni *precedono* (anche evolutivamente) i sentimenti, di cui rappresentano la base portante.

Intelligenza emotiva: *la capacità di osservare le proprie ed altrui emozioni, di differenziarle e di usare tale informazione per guidare il proprio pensiero e le proprie azioni*. Al di là dei modelli teorici di riferimento, possiamo riassumere che le abilità che compongono l'intelligenza emotiva sono cinque(spesso indicate da diversi autori con terminologie differenti).

Abilità che compongono l'intelligenza emotiva:

Competenze personali	*Competenze sociali*
1. Consapevolezza di sé	4. Empatia
2. Padronanza di sé	5. Abilità sociali
3. Motivazione	

Le emozioni

Le emozioni fanno dunque parte del *kit* biologico di sopravvivenza di cui l'evoluzione ci ha dotato e che portiamo impresso nel nostro genoma: sono meccanismi presenti fin dalla nascita o quasi, e poco o nulla dipendenti dall'apprendimento, anche se poi, con il passare del tempo, l'esperienza ci insegnerà *quando* e *come* applicarle.

Dire che le emozioni fanno parte della costituzione innata biologica e che quindi sono il prodotto della selezione che si è protratta per secoli alle nostre spalle, non significa che il risultato attuale sia perfetto.

Per esempio, il pacchetto di reazioni che complessivamente costituiscono il pianto e il singhiozzo è pronto per l'uso fin dalla nascita: i motivi del pianto cambiano nel corso della vita con il mutare delle nostre esperienze ed il costituirsi della nostra storia ed il suo manifestarsi diventa sensibile alle circostanze.

Vi sono tre livelli di emozione:

- Le emozioni primarie o universali: gioia, tristezza, paura, rabbia, sorpresa, disgusto. Universali perché sono facilmente identificabili non solo negli esseri umani delle più diverse culture, ma anche in altre specie animali.
- Le emozioni secondarie o sociali: compassione, imbarazzo, vergogna, gelosia, invidia, colpa, orgoglio, gratitudine, ammirazione, indignazione, disprezzo.

Anche qui si applica il principio di annidamento: molti elementi delle emozioni primarie sono identificabili come componenti delle emozioni secondarie (es. il disprezzo prende a prestito le espressioni facciali del disgusto).

- Le emozioni di fondo: benessere, malessere, calma, tensione.

Nelle società moderne, la rabbia è per lo più controproducente e le fobie sono fondamentalmente un intralcio, ma è facile rendersi conto che nel passato furono verosimilmente molto utili e quindi vennero conservate dall'evoluzione per il vantaggio che arrecavano alla sopravvivenza.

In una società tribale è probabile che le emozioni intese a rilevare le differenze tra noi e gli altri fossero utili a segnalare un eventuale rischio: oggi esse sono il punto di partenza del pregiudizio razziale e culturale. Il primo dispositivo, quello dell'emozione, consente agli organismi di rispondere in modo efficace, sebbene non creativo, a numerose circostanze che, a seconda dei casi, potevano essere favorevoli o minacciose – circostanze dagli esiti "positivi" o "negativi" per la vita. Il secondo meccanismo, quello del *sentimento, introduce una sorta di allarme mentale* per rilevare le circostanze buone o cattive e prolunga l'impatto dell'emozione influenzando in modo duraturo attenzione e memoria.

Alla fine, e in una proficua combinazione con i ricordi del passato, l'immaginazione e il ragionamento, i sentimenti portano all'emergere della previsione e alla possibilità di creare risposte nuove, non più stereotipate. L'evoluzione sembra aver assemblato i meccanismi cerebrali dell'emozione e dei sentimenti procedendo per gradi.

- Dapprima viene il meccanismo per produrre reazioni a un oggetto o a un evento, orientate verso l'oggetto stesso o le circostanze: il meccanismo dell'emozione.

- Poi viene il meccanismo per produrre una mappa cerebrale e successivamente un'immagine mentale – un'idea – delle reazioni e dello stato dell'organismo che ne risulta: il meccanismo del sentimento.

I sentimenti emergono quando il semplice accumulo dei dettagli registrati nelle mappe cerebrali raggiunge un certo stadio.Il contenuto essenziale dei sentimenti è la *mappa di un particolare stato corporeo*; il substrato dei sentimenti è l'insieme delle *configurazioni neurali corrispondenti a quel determinato stato del corpo* e dalle quali può emergere un'immagine mentale di quello stato. Il sentimento di un'emozione è l'idea del corpo nel momento in cui esso è perturbato dall'emozione. L'ipotesi di Damasio è che le mappe cerebrali siano di per sé sufficienti a risolvere problemi di un certo grado di complessità, ma che non siano in grado di andare oltre: quando il problema diventa troppo complicato, quando richiede un misto di risposte automatiche e di *ragionamento* e *conoscenza* accumulata, le mappe non coscienti non bastano più e in tali circostanze i sentimenti si rivelano invece indispensabili. In altre parole, i sentimenti ci aiutano a risolvere problemi non standard che implicano *creatività*, *giudizio* e *processi decisionali* e che richiedono l'esibizione e la manipolazione di grandi quantità di conoscenza.

Dal punto di vista dell'attività mentale i sentimenti coscienti richiamano *l'attenzione* sulle emozioni che li hanno generati e sugli oggetti che, a loro volta, hanno indotto quelle emozioni. Inoltre, i sentimenti coscienti richiamano anche l'attenzione sulle *conseguenze* della situazione in atto. In questo modo, il passato, il presente e il futuro anticipato ricevono la giusta attenzione ed hanno maggiori possibilità di influenzare il ragionamento ed il processo decisionale.

Mentre le emozioni sono la risposta ad uno stimolo, gli affetti (o sentimenti), sono degli *stati d'animo*, che rappresentano le forze attive che nascono dentro di noi e si proiettano verso l'esterno. Sono assai più duraturi delle emozioni e si possono essere suddivisi un due grandi categorie sotto il nome di amore-odio, attrazione-repulsione. Seguono alcuni esempi dei sentimenti tra simili, tra inferiore-superiore e tra superiore-inferiore. In realtà gli affetti sono dei sentimenti, degli stati d'animo che oltre a differire dalle emozioni per il loro carattere positivo e radiante differiscono anche per la loro *con-*

tinuità e durata. L'emozione infatti, come abbiamo detto, è subitanea e rapida e non dura a lungo, mentre l'affetto è un'emozione prolungata che nasce lentamente e lentamente *muore*, appunto perché il suo carattere fondamentale è quello della continuità, della stabilità, e di una maggiore profondità, rispetto alla emozione.

Damasio applica una distinzione tra 'sentire' e 'sapere di avere un sentimento' (*feeling versus knowing that we have a feeling*); questo dipende dal fatto che lo stato di sentire non implica che l'organismo che sente sia pienamente cosciente dell'emozione e del sentimento che si stanno dispiegando. Damasio sostiene che un organismo possa rappresentare in schemi neurali e mentali quello stato che gli individui consci chiamano sentimento, senza neppure sapere che quel sentimento sta avendo luogo. Questa separazione è difficile da vedere, non solo per via del tradizionale significato delle parole, ma anche perché *tendiamo* ad essere consci dei nostri sentimenti. Non vi è peraltro alcuna prova che noi si sia consci di *tutti* i nostri sentimenti, ed anzi molte cose suggeriscono che non lo siamo affatto. È per studiare questi fenomeni, che propongo quindi di separare tre stadi di questo processo:

- *Lo stato dell'emozione, scatenato ed eseguito in modo non conscio.*
- *Lo stato del sentimento, che può essere rappresentato in modo non conscio.*
- *Lo stato del sentimento reso conscio, cioè noto all'organismo cha ha sia l'emozione sia il sentimento.*

Mantenendo netta la distinzione tra *emozione* (una collezione di risposte, molte delle quali sono osservabili pubblicamente) e *sentimento* (l'esperienza mentale privata di un'emozione), si può affermare che:

- Non si può osservare un sentimento in nessun'altro, ma si può osservare un sentimento in se stessi quando, in quanto esseri coscienti, si percepiscono i propri stati emozionali.
- Alcuni aspetti delle emozioni che danno origine ai sentimenti sono chiaramente osservabili.
- I meccanismi di base che sottostanno l'emozione non richiedono la coscienza: lo stesso verificarsi di un sentimento nella limitata finestra di tempo del qui-ed-ora è concepibile senza che l'organismo in realtà ne conosca l'accadere.

- Non siamo necessariamente consci di che cosa induca un'emozione e non possiamo controllare un'emozione con la volontà: in altre parole, possono verificarsi rappresentazioni – dell'esterno e dell'interno – al di sotto della consapevolezza e nondimeno esse possono creare risposte emotive.
- Possiamo in parte controllare se permettere ad un'immagine capace di scatenare emozioni di restare o meno come obiettivo dei nostri pensieri; possiamo inoltre controllare in parte l'espressione delle nostre emozioni: alcuni di noi diventano abbastanza bravi nel prevenire l'espressione di un'emozione, ma, in sostanza, quello che riusciamo a conseguire è solo la capacità di dissimulare alcune delle loro manifestazioni esterne, senza mai diventare capaci di bloccare i mutamenti automatici che avvengono nelle viscere e nel nostro ambiente interno; lo scatenamento dell'emozione è completamente non conscio, il che spiega, tra l'altro, perché le emozioni sono così difficili da imitare consciamente (sono eseguite da strutture cerebrali profonde, sulle quali non è possibile esercitare alcun controllo volontario). *Nulla indica, tuttavia, che siamo coscienti di* tutti *i nostri sentimenti, mentre vi sono molti indizi del fatto che non lo siamo. Per esempio, sovente ci rendiamo conto tutto d'un tratto, in una data situazione, di sentirci inquieti o a disagio, soddisfatti o rilassati, quando è evidente che il particolare stato del sentire che a quel punto ci è noto non è iniziato nel momento in cui ne siamo venuti a conoscenza, ma in un momento precedente. Né quello stato né l'emozione che ha condotto ad esso erano "nella coscienza", eppure si sono dispiegati come processi biologici.*

Emozione e coscienza

Possiamo in parte controllare se permettere ad un'immagine capace di scatenare emozioni di restare o meno come obiettivo dei nostri pensieri; possiamo inoltre controllare in parte l'espressione delle nostre emozioni: alcuni di noi diventano abbastanza bravi nel prevenire l'espressione di un'emozione; ma, in sostanza, quello che riusciamo a conseguire è solo la capacità di dissimulare alcune delle loro manifestazioni *esterne*, senza mai diventare capaci di bloccare i mutamenti automatici che avvengono nelle viscere e nel nostro am-

biente *interno.* Lo scatenamento dell'emozione è completamente non conscio, il che spiega, tra l'altro, perché le emozioni sono così difficili da imitare consciamente

- La coscienza genera la conoscenza del fatto che esistono immagini all'interno dell'individuo che le forma, le colloca nella prospettiva dell'organismo rinviandole ad una sua rappresentazione integrata e in tal modo permette la loro manipolazione a vantaggio dell'organismo stesso.
- La coscienza è il rito di passaggio che consente ad un organismo munito della capacità di regolare il proprio metabolismo, di riflessi innati e della forma di apprendimento nota come condizionamento, di diventare un organismo orientato dalla *mente*, il genere di organismo in cui le reazioni sono modellate da una *preoccupazione* mentale per la vita dell'organismo stesso.

Quando fa la sua comparsa nell'evoluzione, la coscienza annuncia l'alba della premeditazione individuale. La coscienza dischiude la possibilità di costruire nella mente un qualche elemento corrispondente alle specifiche regolatrici celate all'interno del cervello offrendo alla spinta vitale un modo nuovo di imporre le proprie richieste e all'organismo un modo nuovo di agire di conseguenza.

La *Royal Society of Sciences*, accademia nazionale inglese delle scienze, ha posto al primo posto fra i prossimi temi di ricerca la coscienza.

La coscienza inizia quando il cervello acquisisce il potere di raccontare una storia senza parole che si svolge entro i confini del corpo; la storia della vita che scandisce il tempo di un organismo e degli stati dell'organismo vivente. Stati che vengono continuamente alterati dall'incontro con oggetti o eventi dell'ambiente come pure da pensieri ed assestamenti interni del processo vitale.

Il pensiero dipende dal linguaggio

Ogni tentativo di comprendere la base neurale dell'intersoggettività umana non può prescindere dall'affrontare il tema del linguaggio.

In uno studio recentemente pubblicato (Wicker et al., 2003) è stato dimostrato che sia provare soggettivamente disgusto che essere testimoni della stessa emozione espressa dalla mimica facciale di

un altro attivano lo stesso settore del lobo frontale: l'insula anteriore. Secondo l'approccio "incarnato", le stesse strutture nervose che presiedono all'organizzazione dell'esecuzione motoria delle azioni svolgono un ruolo anche nella comprensione semantica delle espressioni linguistiche che le descrivono.

La scoperta dei "neuroni specchio" (mirror neurons)

I neuroni specchio, che furono originariamente scoperti nella corteccia premotoria dei macachi si attivano sia quando vengono eseguite azioni finalizzate a uno scopo sia quando si osservano le stesse azioni eseguite da altri (in questo caso ovviamente vi è l'inibizione del movimento). Questi neuroni, scoperti nella scimmia, hanno una duplice proprietà. Da una parte si attivano quando la scimmia compie una azione, ad esempio prende un oggetto; dall'altra si attivano in maniera simile quando la scimmia vede un altro individuo, un'altra scimmia o un uomo, fare la stessa azione. Un'azione fatta da un altro fa "risuonare" nell'interno di chi osserva l'azione i neuroni che si attiverebbero se lui stesso facesse quell'azione.

Nell'uomo il sistema "mirror" è stato dimostrato in maniera indiretta, mediante varie tecniche. Il sistema appare comprendere molteplici aree cerebrali, incluse le aree del linguaggio, ed intervenire, oltre che nella comprensione delle azioni, anche nella capacità di imitare, una capacità che in senso proprio appartiene solo all'uomo ed ai primati superiori. Le conseguenze di questi dati sono molteplici. Tra queste alcune sono particolarmente importanti. Primo, per comprendere gli altri dobbiamo prima creare delle conoscenze interne, degli "a priori" legati, come voleva già Helmoltz, al sistema motorio, il sistema che "verifica" le nostre conoscenze. Secondo, tra noi e gli altri c'è un legame empatico. Gli altri entrano continuamente in noi con il loro agire. Ciò sia in caso di azioni "fredde", prive di valenza emotiva, ma anche (gli esperimenti su questo punto sono però scarsi) per azioni emotivamente "calde". Terzo, ogni analogia tra cervello e computer, come spesso si sostiene, cade non solo per le differenze di funzionamento, ma per la logica intrinseca del cervello che è strettamente legato al mondo esterno ed agli altri. Infine il sorprendente legame tra il nostro agire e quello degli altri po-

trebbe essere alla base del comportamento altruistico, come recentemente suggerito da Changeux, e rappresentare la base naturale, biologica del comportamento etico. L'individuo ha una capacità innata e preprogrammata di internalizzare, incorporare, assimilare, imitare, ecc., lo stato di un'altra persona, e i *neuroni specchio* costituiscono la base di questa capacità. Ma per il raggiungimento della sua piena espressione questa predisposizione ha bisogno di avere come complemento un adeguato comportamento del *caregiver* che lo rispecchi, interagendo con lui in modo coerente o prevedibile. il *caregiver* funziona come un "*biofeedback sociale*", nel senso che il bambino aggiusta le proprie emozioni monitorando le reazioni del *caregiver* che gliele rispecchia, ad esempio assegna un significato a una emozione o percezione somatica osservando la risposta affettiva della madre (Gergely & Watson (1996)).

Ma la cosa più sorprendente è la capacità dei neuroni della scimmia di attivarsi selettivamente in relazione agli *obiettivi* del gesto dello sperimentatore che solo in minima parte possono essere intuiti dalle condizioni ambientali esterne osservabili: i neuroni *mirror*, in altre parole, non si attivano solo nel senso di *imitare* il movimento osservato ma anche di *comprendere* la complessità e l'obiettivo dell'intera sequenza motoria: essi sono cioè in grado di *leggere* le intenzioni dell'altro!

… ci sono nel nostro cervello dei meccanismi neurali (meccanismi mirror) che ci consentono di comprendere direttamente il significato delle azioni e delle emozioni degli altri replicandoli al nostro interno (simulandoli) senza alcuna esplicita mediazione riflessiva. … La novità del nostro approccio consiste nell'offrire per la prima volta una descrizione neurofisiologica della dimensione esperienziale della comprensione delle azioni e delle emozioni degli altri. [Vittorio Gallese, 2004]

Questa scoperta potrebbe permetterci di comprendere meglio fenomeni quali l'empatia, l'identificazione, lo sviluppo infantile, il capire le intenzioni altrui, l'autismo e, possibilmente, anche la teoria della terapia.

Bibliografia

Alexander F. (1968) *Medicina Psicosomatica*. Giunti Barbera, Firenze.

Biondi M. (2007) *La medicina psicosomatica: panoramica e quadri clinici*".

Damasio A.R. (1999) tr.it. *The Feeling of What Happens.* William Heinemann, London (tr. it.: *Emozione e coscienza*, Adelphi, 2000).

Damasio A.R. (2003) tr. it. *Looking for Spinoza*. Harcourt Inc. (tr. it.: *Alla ricerca di Spinoza*, Adelphi, 2003).

Engel G. (1977) tr. it.*The need for a new Medical Model a Challenge for Biomedicine*. Science.

Galati D. (2002), *Prospettive sulle emozioni e teorie del soggetto*. Bollati Boringhieri, Torino.

Gallese V. and Goldman A. (1998) Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*: 12; 493-501.

Gallese V., Fadiga L., Fogassi L. and Rizzolatti G. (1996) Action recognition in the premotor cortex. *Brain* 119: 593-609.

Goleman G. (1996) tr. it. *L'intelligenza emotiva*. B.U.R.

Lalli N. (1997) *Lo Spazio della Mente. Saggi di Psicosomatica*. Liguori Editore, Napoli 1997.

Lipowski Z.J. (1998) tr. it. *Psychosomatic concepts in historical perspective.*

Rizzolatti G., Sinigaglia C. (2006) *So quel che fai, Il cervello che agisce e i neuroni specchio*, Raffaello Cortina Editore.

Solano L. (2001) *Tra mente e corpo*. Raffaello Cortina, Milano.

Taylor G.J., Bagby R.M., Parker J.D.A. (2000) tr. it. *I disturbi della regolazione affettiva*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.

Torre M. (1969) *Psichiatria*. U.T.E.F., Torino.

I contesti della medicina generale: come cambiano

Loretta Polenzani

La medicina generale (MG) in Italia è andata incontro ad importanti, talora faticosi e repentini cambiamenti. Cambiamenti strutturali che si riflettono nella pratica quotidiana e nel rapporto con il paziente e la famiglia; piccoli faticosi cambiamenti connessi alla pratica, alla formazione, al confronto fra pari, alla ricerca di una identità specifica, visibile, riconoscibile ed autorevole. Le riflessioni che sono qui proposte hanno l'obiettivo di favorire un maggior contatto con le realtà della medicina generale, condividere esperienze, costruire un quadro di riferimento e contestualizzare i gruppi Balint.

Può essere stimolante considerare alcuni passaggi nel tempo, passaggi che hanno accompagnato totalmente o in parte i medici di medicina generale (MMG), che per molto tempo non sono stati allineati agli standard di altre nazioni europee. Negli anni settanta ad esempio, vigeva in Italia un sistema sanitario strutturato sul sistema delle mutue, dominato e connotato non raramente da cordate di potere e da conflitti di interesse interni al mondo professionale. Negli stessi anni in Europa il gruppo di Leeuwenhorst elaborava la definizione europea della *general practice/family medicine* che fa riferimento a un "medico" che fornisce delle cure personali, primarie e continue alle persone, famiglie, e a tutti coloro che sono compresi nella sua sfera d'azione, indipendentemente dall'età, dal sesso e dal tipo di malattia con lo scopo di formulare diagnosi includendo e integrando fattori fisici, psicologici e sociali. Si afferma inoltre che "egli prende le decisioni iniziali in merito a tutti i problemi che sono presentati a lui come dottore e si occupa della continua cura dei suoi pazienti con malattie croniche, ricorrenti o terminali… è la sintesi di queste funzioni che presenta caratteri unici".

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale nel 1978 porta in sé

proposte di cambiamento epocale: si afferma la realizzazione di un modello di assistenza sanitaria generale e gratuita per tutti i cittadini indistintamente; all'interno della legge si parla di "salute" prima ancora che di "sanità", emergono i termini "medicina generale, assistenza medico-generica, medico di fiducia, medico curante".

Medico della mutua, medico generico, medico di base, medico di famiglia, medico di medicina generale: le parole esprimono contenuti, descrivono una disciplina, "quello che il medico fa". Ogni definizione rappresenta un tempo, un agire e un essere che si modificano in situazioni che cambiano. Il passaggio da medico generico, colui che sa poco di tutto, a medico di medicina generale, lo specialista della cura delle persone, comporta un cammino che coinvolge non solo le istituzioni ma ogni singolo medico, impegnato nella costruzione di un ruolo riconosciuto.

Dal "generico" alla Medicina Generale come "disciplina accademica e scientifica, con propri contenuti educativi, di ricerca, una propria attività clinica basata sulle prove, e una specialità clinica orientata alle cure primarie" (*The European Definition Of General Practice/Family Medicine* Wonca Europe 2002). Disciplina che riconosce come aree d'implementazione, oltre alla clinica, anche la comunicazione, la relazione e l'organizzazione. Particolare significato assume la comunicazione in rapporto ad alcune competenze. Facciamo riferimento alle *cure centrate sulla persona*, orientate all'individuo, alla famiglia, alla comunità, all'*efficace comunicazione*, alla costruzione di una *relazione protratta nel tempo*, alle *cure continue* secondo i *bisogni del paziente*. Si parla di *approccio integrato*: malesseri che si presentano in modo aspecifico, che potrebbero richiedere un intervento urgente, e costituire il primo sintomo di una grave malattia, o che necessitano soltanto di essere ascoltati e letti, non etichettati, per comprendere un disagio di vita o una mancanza di relazioni. Formulare diagnosi, un processo che Balint connota nella sua complessità con le parole "capire la gente nel contesto di una capacità professionale". Si parla di *approccio olistico* cioè occuparsi dei problemi di salute nella loro dimensione *fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale*. Una definizione condivisa designa una disciplina, connota l'identità professionale e le competenze costitutive dei MMG e dovrebbe orientare la formazione.

Comunicazione, relazione protratta nel tempo, centralità della persona, continuità assistenziale, accesso diretto e illimitato, promozione della salute e del benessere, coordinamento delle cure, approccio olistico, sono parole chiave e fondamento della medicina generale. La "cura" oltre che dai modelli di riferimento e dal metodo clinico è qualificata dai *contesti*, che sono stati caratterizzati da evoluzioni e cambiamenti. Vorremmo condividere alcuni, pochi eventi, fenomeni sociali e sanitari atteggiamenti culturali e altro che, per la loro significatività nel lavoro quotidiano dei MMG e sull'assetto della sanità territoriale, costituiscono "esempi" di come si realizzano condizioni che caratterizzano altrettanti contesti della MG.

Il "dottore" e il "gruppo"

L'istituzione del "gruppo", nelle sue varie espressioni, rappresenta un evento storico per un medico abituato a lavorare da solo. Gruppi funzionali e gruppi strutturali: aspetti organizzativo-economici e professionali connessi alla pratica clinica, ricerca, confronto e progettazione; nuove dinamiche e conflitti inevitabili in un vivere professionale caratterizzato dalla condivisione di strumenti, spazi, tempi e persone. M.Perini esprime con particolare intensità e significatività il senso del gruppo ed il cambiamento di contesto e di relazioni che ne possono derivare: *"I medici sono lupi solitari, non sono abituati ai gruppi; come i maghi e gli alchimisti del medioevo, o gli sciamani dell'Asia centrale, come gli artisti (o gli artigiani), gli atleti degli sport individuali, gli insegnanti nella loro aula, i grandi leader e i ladri leggendari, i medici lavorano in solitudine ... all'università non insegnano al medico che cos'è un gruppo, a che cosa serve e come funziona. E quando gliene parlano … non gli dicono che è uno strumento straordinario, ma che all'individuo può creare una quantità di problemi, dilemmi, rischi e dispiaceri. Non gli dicono che, come con ogni strumento potente e complesso, occorrono studio, istruzioni, esperienza ed aiuto per usarlo bene, in modo efficace e senza farsi male o danneggiare gli altri."*

Gruppi più o meno omogenei, piccoli e grandi gruppi: "medicina in gruppo", "medicina in associazione", "medicina in rete", *équipe* territoriali e, in via di realizzazione, AFT (aggregazioni funzionali territoriali monoprofessionali) e UCCP (unità complesse di cure

primarie, multiprofessionali) che vengono create con l'obiettivo di migliorare l'assistenza e la qualità dei servizi di cura. Il "gruppo" ha reso e rende attuabili percorsi ancora più complessi: continuità dell'assistenza, ventiquattro ore su ventiquattro e sette giorni su sette, per garantire una effettiva presa in carico dell'utente a partire dai pazienti cronici; integrazione con i servizi sanitari di secondo e terzo livello, prevedendo il diritto all'accesso in ospedale dei medici convenzionati; integrazione fra assistenza sanitaria e assistenza sociale.

La dimensione del gruppo è stata un'occasione in più che ha condotto i medici alla necessità di una formazione condivisa. Più frequentemente per meglio gestire il lavoro in comune, più raramente per gestire la vita emotiva del gruppo e le interferenze che sovente destabilizzano il lavoro dei singoli e del gruppo stesso.

Sanità di iniziativa

Nel progetto di riorganizzazione dei servizi territoriali, "un peso tutto particolare" "assume la figura del medico di medicina generale", per la quale la tradizionale medicina d'attesa appare sempre più insufficiente "rispetto alle nuove esigenze" attuate "dal crescere delle patologie croniche che richiedono una funzione attiva del medico, lo sviluppo cioè di quella che è chiamata medicina di iniziativa". In Toscana viene dato il via al progetto "Dalla medicina di attesa alla sanità di iniziativa", medicina di iniziativa che attinge agli elementi fondamentali del *Chronic Care Model* (CCM), quali la promozione e l'adozione di corretti stili di vita, l'educazione, il supporto dei pazienti all'autocura, la programmazione nel tempo delle visite e degli esami di monitoraggio. Il programma sicuramente interessante si scontra con il fatto che i MMG lavorano, in larga misura, in termini di "medicina di attesa", che è caratterizzata dalla risposta al bisogno percepito ed espresso dal paziente e, talora, dalla "medicina di opportunità" che utilizza l'occasione dell'incontro medico-paziente per affrontare problemi non correlati alla specifica domanda presentata e che può rivestire un ruolo importante nell'individuare e selezionare soggetti a rischio minore.

"Il paradigma dell'attesa è quello tipico delle malattie acute: atte-

sa di un evento su cui intervenire, su cui mobilitarsi per risolvere il problema. L'attesa è il paradigma classico del modello bio-medico di sanità, quello su cui da sempre si fonda la formazione universitaria, e non deve stupire che sia il paradigma dominante anche nell'ambito della medicina territoriale e delle cure primarie". Oggi tale modo di operare appare insufficiente di fronte a fenomeni come la rapida *transizione demografica* caratterizzata da riduzione della mortalità, diminuzione della fecondità e, conseguente, *transizione epidemiologica* cioè la trasformazione della morbilità e della mortalità. Assistiamo all'invecchiamento della popolazione, popolazione con regime di mortalità tardiva e regolare e con una morbilità non più dominata da malattie infettive rapidamente guaribili o altrettanto rapidamente letali, ma da malattie cronico degenerative che sono, secondo dati OMS, la causa principale di morte in tutto il mondo e sono responsabili di un alto tasso di invalidità. L'assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche ha la caratteristica di essere a lungo termine ma, molte situazioni possono presentare opportunità di prevenzione. "La medicina di iniziativa è quella che meglio si adatta alla gestione delle cure primarie in generale e delle malattie croniche in particolare, dove l'assistenza è per la gran parte estensiva e caratterizzata dalla presa in carico a lungo termine, dove il valore aggiunto dei processi di cura è rappresentato dalla capacità di presidiare la continuità delle cure e dalla qualità delle relazioni che si stabiliscono tra servizio ed utenti, tra terapeuta e paziente". La medicina di iniziativa è "pro-attiva". Per i MMG questo comporta sia nuovi cambiamenti nel rapporto con il paziente e con la famiglia, sia nuovi rapporti con altre figure professionali: infermieri, assistenti sociali, specialisti di varie discipline, psicologi,… rapporti non solo occasionali ma continui per tempi variabili. Interdisciplinarietà e interprofessionalità che vanno gestite affinché siano risorse e non problemi. Ma, non di rado, alla maggioranza dei medici mancano le competenze emotive per affrontare la complessità delle relazioni che si vengono a realizzare. Si configurano disagi, tensioni anche riguardo ai rapporti con le aziende sanitarie, i budget, le verifiche di "qualità" che, il più delle volte, sono solo di "quantità".

Emerge ogni giorno negli ambulatori, all'interno dei gruppi, una serie di questioni, problemi che meriterebbero analisi e riflessioni

coerenti e una formazione continua attenta alle relazioni, ai conflitti, ai ruoli e al significato della cura. Ad esempio, chi è responsabile della cura? Accettare deleghe e applicare un apparente sano, efficiente, rapido paternalismo, che tanta gratificazione procura ai medici, o "promuovere la responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute". Una capacità, quest'ultima, che molti medici non possiedono e che, di fatto, non è comunemente considerata una capacità da apprendere attraverso percorsi formativi specifici. Eppure anche WONCA 2011 (*World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians*), ha individuato nel "promuovere l'*empowerment* del paziente" la dodicesima caratteristica della definizione europea della medicina generale/medicina di famiglia. Una medicina d'iniziativa quindi che tenga conto sia della rilevanza della complessità della cronicità (QoL, percorsi di cura, integrazione, *empowerment*...), sia del carattere negoziale del rapporto con il paziente che fa sì che ogni decisione venga contrattata e resa effettiva solo se condivisa. Nella presentazione del seminario di primavera 2009 dello CSeRMEG veniva scritto a proposito della medicina di iniziativa: "*Identificare i problemi, definirne la priorità, acquisire un consenso alla cura autentico, negoziato con ogni singolo paziente in base alle singole e personalissime storie, dando sostanza al tanto invocato empowerment del paziente e alla family education*".

Complessità del quotidiano: medici, pazienti, malattie, atti inutili, atti evitabili, bisogni indotti, malesseri, disagi, pseudo-malattie

I MMG risentono sicuramente di un incremento del carico di lavoro, dei vincoli burocratici, di tempi utilizzati per "azioni inutili" o evitabili, per atti che dovrebbero essere effettuati da altri, per le induzioni di bisogni e richieste che rispondono non alla salute del paziente ma ad altri interessi. Ancora attuale è il fenomeno che P.Conrad nel '92 ha definito *overmedicalization*: "ogni difficoltà della vita può divenire oggetto di una visita medica e motivo di una rassicurante pastiglia". L'accesso diretto al medico di famiglia e la continuità di rapporto probabilmente favoriscono l'espressione "imme-

diata" di ogni tipo di richiesta. La presentazione di difficoltà di vita come problemi medici è quotidiana e tutta la medicina ha sovente "risposto con un ampliamento del campo di competenza, accogliendo al suo interno e medicalizzando una serie di malesseri dell'uomo". Una vera e propria medicalizzazione della società. Moynihan (2002) afferma che "si possono fare molti soldi dicendo ai sani che sono malati". Ogni giorno facciamo i conti con qualche tipo di "consumismo sanitario": le soglie che definiscono "la normalità" sono state sistematicamente abbassate, diagnosi sempre più precoci e fattori di rischio considerati a tutti gli effetti malattie.

La centralità della malattia, il disagio, la mancanza di attenzione alla persona, la "medicina difensiva", favoriscono l'attivazione del sistema dell'offerta delle prestazioni, la produzione di nuovi pazienti ed il *disease management*. Questo fenomeno è stato particolarmente sentito dalla comunità scientifica internazionale della medicina generale che ha ritenuto necessario favorire ed attuare la cosiddetta "*prevenzione quaternaria*". La prevenzione quaternaria è definita come *prevenzione della medicina non necessaria* o *prevenzione della medicalizzazione*. Il compito di evitare gli interventi medici in eccesso è particolarmente obbligatorio nel campo della medicina generale. Compito non facile soprattutto quando non esiste comprensione umana ed empatia: questa mancanza si sente frequentemente nell'attività dei medici e costituisce un limite professionale che andrebbe colmato. Un contributo al concretizzarsi della prevenzione della ipermedicalizzazione è stato realizzato coniugando la *Evidence Based Medicine*-EBM con la *Narrative Based Medicine* e proprio l'ascolto, la comunicazione e la fiducia costituiscono gli strumenti fondamentali della MG. Nella pratica quotidiana ci rendiamo conto che bisogni indotti e bisogni profondi non definiti si mescolano e vengono espressi attraverso richieste talora generiche, stereotipate, la cui risposta più rapida e semplice è la prescrizione di farmaci o di esami diagnostici. Il rischio di produrre, in questa fase di lavoro, quella che F.J.A.Huygen definisce "fissazione somatica" è elevato. Ci riferiamo a quelle situazioni in cui la richiesta del paziente, spesso portata attraverso sintomi blandi e poco significativi, copre uno di quei bisogni personali o familiari di essere accolto, compreso, aiutato ad affrontare o risolvere un problema che non ha

niente di somatico. Contenere e gestire richieste di questo tipo comporta una comprensione ampia della persona, realizzabile più facilmente con un modello medico fondato sulla centralità relazionale. Balint parla di fase "non organizzata" della malattia; il bisogno espresso, il disagio non è stato ancora nosograficamente definito. Fase dell'ascolto e della comprensione: "il modo in cui il medico risponderà a queste "offerte" avrà come conseguenza quella di orientare l'avvenire del paziente. L'importanza di questo orientamento supera di gran lunga il pericolo di trascurare un processo organico, questo terribile spauracchio che il nostro sistema di preparazione è riuscito a imporre con tanto successo allo spirito di ogni medico".

Il benessere del medico

La complessità del quotidiano in medicina generale comporta un impegno continuo, molti medici si sentono stanchi, confusi, destabilizzati, incompresi, talora incapaci di affrontare il minimo cambiamento. Il senso di solitudine, d'inadeguatezza professionale, il conflitto fra cure al paziente e vincoli burocratico/amministrativi, l'integrazione con altri professionisti, il carico emotivo proprio della MG comportano disagi che richiederebbero un'attenzione e un approccio formativo specifico. Eppure, di fronte a proposte di una formazione organizzata e rivolta a riflettere sulla pratica lavorativa, sui conflitti, sulle emozioni e sulle relazioni di cura, molti medici rispondono con un atteggiamento di diniego. La lamentazione sistematica diventa allora un mondo in cui rifugiarsi e avere contatti, quasi una pratica. Si dimentica che riflettere sul nostro lavoro, su tutti gli aspetti del nostro lavoro, ci permette di crescere, di migliorare, di affrontare l'incertezza e l'errore; il confronto in gruppo permette di scoprire risorse che non sapevamo di possedere e ci fa stare meglio. Proprio al "benessere del medico" vorremmo porre particolare attenzione e riportare due proposte che, in tempi lontani fra loro, invitano a riflettere su questa tematica.

Per primo M.Balint che, nel 1957, scrive della responsabilità del medico verso il proprio benessere: "Egli deve costantemente badare a essere in buono stato e in condizioni di buon funzionamento. Come è difficile operare con un bisturi non affilato, ottenere delle radiografie

precise con un apparecchio difettoso, udire chiaramente attraverso uno stetoscopio fuori uso, così il medico non è in grado di ascoltare come si deve se non è in buona forma. L'altra constatazione che si può dedurre da questa similitudine è che egli deve imparare ad adoperare se stesso altrettanto abilmente di come il chirurgo usa il bisturi, il medico il suo stetoscopio, il radiologo le sue lampade".

Più di cinquant'anni dopo, nel 2009, Wallace, Lemaire e Ghali a proposito de "Il benessere dei medici: un indicatore di qualità mancante", affermano: "quando i medici stanno male la *performance* dei sistemi sanitari può essere non ottimale. Il benessere del medico può non solo essere di beneficio a lui stesso, ma può anche essere essenziale per fornire un sistema sanitario di alta qualità. Abbiamo realizzato una *review* sullo stress lavorativo affrontato dai medici, sugli ostacoli al raggiungimento del benessere e le conseguenze del malessere dei medici verso loro stessi e verso il sistema sanitario. Dimostriamo che i sistemi sanitari dovrebbero routinariamente misurare il benessere dei medici e discutere le sfide connesse alla sua attuazione".

Conclusioni

La domanda di salute della popolazione è fortemente caratterizzata dalla cronicità, dall'invecchiamento, dalla complessità e sostenibilità del sistema sanitario pubblico. L'incremento dell'offerta di prestazioni specialistiche e di sempre più raffinate tecniche diagnostico-terapeutiche orientate alla "malattia" ha spesso indotto bisogni ed incremento della domanda ma con benefici limitati. "Prendere in carico la malattia" e "prendersi cura del paziente" in contesti in continua evoluzione richiedono l'integrazione dell'approccio medico. Il modello biomedico centrato sulla malattia, pur rappresentando il modello di riferimento più chiaro e condiviso, presenta dei limiti, connessi proprio alla sua natura biologico-riduzionistica, ed effetti negativi descritti da Illich come "fenomeno di controproduttività specifica". La necessità di comprendere la complessità del quotidiano, la soggettività, le aspettative, i desideri, l'esistenzialità del paziente ed il contesto in cui tutto questo si esprime, richiedono un approccio che abbia come riferimento la persona. Nonostante

diversi cambiamenti utili siano stati introdotti, non sono state realizzate condizioni appropriate che permettano ai professionisti delle cure primarie di assumere appieno la responsabilità dell'assistenza, della tutela e della promozione della salute.

La ricerca e la formazione, che rappresentano le basi per incrementare e valorizzare la cultura propria della medicina generale, sono ancora troppo aspecifiche. Mancano o sono insufficienti processi che favoriscano la riflessione sul proprio agire medico, l'integrazione con altri professionisti, la centralità relazionale, la cura di sé. Questi aspetti sono, per il MMG, fondamentali per una seria ed utile professionalità.

Bibliografia

Ancona A. (2008) *Le cure primarie: una priorità per il servizio sanitario*, in "Monitor", a.VII N.20.

Balint M. (1957) tr. it. *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli Editore, Milano.

Conrad P. (1992) tr. it. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18:209-232.

Regione Toscana (2009). *Delibera Giunta Regionale Toscana* N.716 del 03-08-2009.

D.LGS. N.502/92 e successive modificazioni e integrazioni Art. 8.

Di Guglielmo R., Polenzani L. (1992), *Medico e Paziente in medicina generale*, in L. Bellino (a cura di), *Argomenti di medicina generale*. Carrocci Editore, Milano.

Huygen F.J.A (1982) tr. it. *Family Medicine; the Medical Life History of Families.* Brunner Mazel, New York.

Huygen F.J.A, Smiths A.J.A. (1983) Family Therapy, Family Somatics and Family Medicine. *Family Systems Medicine,* 1,1: 23-32.

Illich I. (1977) tr. it. *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*. Mondadori, Milano.

Leewenhorst Group (1974) tr. it. *The General Practitioner in Europe: A Statement by the Working Party Appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice.* Netherlands: Leeuwenhorst, Netherlands.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 (G.U. n. 360 del 28 dicembre 1978).

Maciocco G., Salvadori P., Tedeschi P. (2010) *Le sfide della sanità america-*

na. La riforma di Obama. Le innovazioni di Kaiser Permanente. Il Pensiero Scientifico, Roma.

Maciocco G. (2007), Dal paradigma dell'attesa a quello dell'iniziativa. La strada per costruire il secondo pilastro della sanità. *Ann. Ig.,* 19: 551-557.

Moynihan R., Heath I., Henry D. (2002) Selling sickness: the pharmaceutical industry and desease mongering*, BMJ*, 324: 886-891.

Moja E.A., Vegni E. (2000), *La visita medica centrata sul paziente.* Cortina Editore, Milano.

Paccaud F., Bovet P. (2005) Una transizione epocale. *Salute e Territorio,* 149: 90-93.

Polenzani L. (2005) Medicina generale Scienza relazionale, *Toscana Medica*, 4, 17-18.

Perini M. (2008), *Le relazioni all'interno dell'equipe*, Relazione al XX Congresso Nazionale CSeRMEG (Costermano, 24-26 ottobre 2008).

Wallace J.E., Lemaire J.B., Ghali W. (2009) Physician wellness: a missing quality indicator, *The Lancet*, 374: 1714-21.

Wonca Europe edizione 2011, *The European Definition of General Practice / Family Medicine.*

Wonca (2003) *Dictionary of General / Family Practice*. Copenhagen.

Wonca Europe (2006) tr. it. *La Medicina Generale come risorsa del Servizio sanitario in Italia* (Documento del Comitato scientifico di Wonca Europe, in conclusione del XII congresso dell'Associazione)

http://www.aging.cnr.it/atlante.htm

Il vissuto di malattia

Massimo Rosselli

Vissuto di malattia e multidimensionalità

Il termine "vissuto di malattia" è un grande contenitore di molteplici aspetti, ma indubbiamente introduce nell'integrazione psicosomatica e nel suo paradigma olistico un campo importante di attenzione con sue specifiche interazioni e molteplici significatività.

La parola "vissuto" indica innanzi tutto, in primo piano, la soggettività psichica di chi vive un'esperienza di malattia. Esiste peraltro anche il versante relazionale di chi si mette in relazione con l'oggetto del vissuto (la malattia), ma anche di entità sociali più ampie: dai vissuti di coppia a quelli di un gruppo, fino a società e culture estese. Tutto ciò si esprime in risonanza con l'esperienza di quell'evento complesso e pluridimensionale che chiamiamo malattia. Per quest'ultima è importante distinguere i tre diversi significati che 3 diverse parole in lingua inglese le attribuiscono: "*disease*" è la malattia nella sua organizzazione di quadro morboso, mentre "*illness*" è l'esperienza (e quindi il vissuto), di come si vive la malattia con la propria globalità soggettiva, mentre "*sickness*" è la malattia dal punto di vista socio-economico, radicata nella sua realtà dagli effetti pratici e ambientali.

La malattia con i suoi determinanti biopsicosocioambientali, che costituiscono una multidimensionalità causale, è al centro di una triangolazione formata dal paziente, i suoi familiari e gli operatori sanitari, ogni componente con i rispettivi vissuti verso la malattia stessa e in reciproca relazione tra loro. A sua volta la malattia ha una multidimensionalità di effetti verso il corpo, la psiche soggettiva e il contesto relazionale-sociale, ambientale-culturale e fisico. Queste relazioni creano un "campo implicito" con, a sua volta, vissuti

relazionali che caratterizzano ed esprimono l'esperienza complessiva della malattia. Possiamo anche parlare di vissuto come parte di un atteggiamento costituito da un momento percettivo, una valutazione cognitiva, un'esperienza emotiva, che attraversa il corpo e si traduce in azione significativa con il suo comportamento. A proposito di quest'ultimo si considera tra l'altro il cosiddetto "comportamento abnorme di malattia" (Pilowski) che comprende gli aspetti disadattivi, anche psicopatologici, che possono emergere nel linguaggio espressivo secondario alla malattia – a prevalenza somatica o psicologica, con affermazione o negazione di malattia e con motivazioni prevalentemente conscie o inconscie.

È importante che il vissuto di malattia faccia pienamente parte dell'incontro con il paziente per cui si tratta di affinare maggiormente una certa metodologia di *assessment* e anche una certa focalizzazione più mirata in senso processuale e terapeutico (Fava et al.). Il vissuto rappresenta il qui e ora, in cui le caratteristiche precedenti del paziente, la sua storia, l'incontro con la malattia vengono da esso filtrati.

La rappresentazione della malattia

Riguardo alle dimensioni della *rappresentazione di malattia* c'è la prospettiva di lavorare sul vissuto da un punto di vista dell'impatto cognitivo ma anche dal versante emotivo, così come da quello corporeo e dalla dimensione spirituale-transpersonale. Il vissuto è quindi un insieme multidimensionale in cui questi quattro aspetti vanno considerati nel processo di cura. Lavoriamo ovviamente sempre in un'accezione bio-psico-sociale-ambientale, quindi in una contemporaneità di aspetti e interrelazioni, per cui la processualità nel soggetto di ognuna di queste dimensioni (cognitiva, emotiva, corporea, spirituale) è una co-processualità, in cui una dimensione influenza l'altra.

Il vissuto è notevolmente influenzato dalle capacità adattive o maladattive della persona, in cui la malattia come crisi e cambiamento incontra le difese, le risorse e i supporti relazionali e sociali, come le vulnerabilità e i cedimenti della persona in una risultante complessa e unica per ognuno. Si può dire inoltre che nella rappre-

sentazione di malattia ha importanza particolare, da parte del paziente, il conferire un'identità alla malattia, il *nominarla*. C'è quindi una gravità percepita della malattia, collegata all'aspetto propriamente nominativo. Per esempio in una ricerca fatta sulla malattia oncologica, in più del 70% dei pazienti il bisogno principale era quello di dare un nome alla malattia.

Fondamentali sono anche le *credenze* che riguardano le cause che il paziente attribuisce in base al suo vissuto: "*cos'ho fatto di male, perché questa malattia?*" Il mondo delle credenze è condizionato dalla cultura e dalla storia personale, da cui emerge un'attribuzione causale. La persona, nel suo vissuto e nella dimensione cognitiva e simbolica, attribuisce una responsabilità, una causa, a quello che succede. Analizzare questo aspetto, riconoscerlo nella sua importanza, appare fondamentale, tenendo conto dell'interpretazione e anche della diagnosi che il paziente fa della sua malattia. Ecco quindi che nell'intervista con il paziente è importante valutare questi aspetti. Dalle cause al nome, attraverso i sintomi, si passa ai convincimenti, alle credenze, che riguardano la prognosi e la durata temporale dei sintomi.

Esiste una serie di *significati* attribuiti alla malattia che vanno dal sentirla come sfida e lotta, come nemico, come punizione o perdita, come debolezza, fino al sollievo o alla malattia come valore. Troviamo nel vissuto di malattia l'incapacità talora di dare senso legata alla sofferenza stessa. Altre volte invece la sofferenza "risveglia" il senso: significati esistenziali anche profondi sono un'occasione di scoperta attraverso la malattia. Ci sono le *minacce* costituite dalla malattia riguardo alla vita e alle menomazioni, al dolore e all'immagine di sé; minacce ai propri ruoli sociali e alla perdita di autonomia e degli obiettivi della vita; minacce al proprio equilibrio emotivo e a quelli affettivi e relazionali. Esiste la malattia anche come *vantaggio*: i cosiddetti vantaggi secondari, da quelli consapevoli di evitare responsabilità socialmente riconosciute, a quelli inconsci di evitare frustrazioni, richiedere accudimento o rifugiarsi nell'immaginario.

La severità percepita è globale, in base a come il paziente percepisce la gravità anche riguardo all'impatto sulla *qualità della vita*. L'importanza giusta che è stata data al concetto di qualità della vita è commisurata a un insieme abbastanza complesso. C'è discussione

sulla definizione stessa, di cosa sia per il soggetto e quali parametri andiamo effettivamente a misurare. Da qui la critica a una serie di test e questionari che magari colgono solo certi aspetti, soprattutto riguardo alla qualità della vita correlata alla salute. La percezione della qualità della vita è da correlare al contesto della cultura, ovviamente influenzata dal sistema dei valori, in relazione agli obiettivi della persona e alle sue aspettative.

Tra i vari aspetti che riguardano la persona e gli elementi patologici della sua sofferenza in modo più individualizzato e approfondito, c'è la considerazione delle *risorse* oltre che dell'area della *sofferenza*, valutando benessere e malessere come due dimensioni che si mescolano e sono co-presenti. Le risorse rappresentano a loro volta la possibilità per il soggetto di esprimere una capacità di *coping*, per cui la malattia è percepita come più o meno grave, destrutturante. A volte una malattia realisticamente più destrutturante è vissuta in maniera diversa, più costruttiva da parte della persona; viceversa aspetti che sembrano più marginali vengono percepiti come più gravi.

Un'altra area significativa riguarda il *processo di guarigione*, soprattutto nei suoi diversi livelli. Per esempio, che cosa significa per la persona avere un senso di guarigione più globale, di cambiamento e trasformazione profonda della vita oppure soltanto ad un certo livello? Ad esempio potrebbe significare guarire a livello emotivo o a certi livelli mentali, ma non a livello fisico. Possiamo porre attenzione a questi temi nelle domande dell'intervista ai pazienti, lasciando spazio per l'ascolto della loro verità che riguarda il processo di vita con la malattia.

Il tema del *potere* riguarda la possibilità per la persona, nella sua credenza, di avere potere sulla malattia stessa, sui sintomi, sulla propria vita. Questo aggiustamento del potere riguarda anche le strategie di *coping*, cioè quelle modalità prevalenti con cui le persone fanno fronte ad eventi che costituiscono una minaccia al benessere fisico e/o psichico.

Le credenze riguardano anche *l'efficacia del trattamento* che è un altro elemento. Oltre la prognosi c'è tutto un insieme di idee, pareri, opinioni, legati anche a elementi emotivi, sull'efficacia del trattamento. Sappiamo benissimo come la malattia sia intrisa di questa ambivalenza nel dare fiducia a certi aspetti e nel non darla, in rela-

zione al rapporto che abbiamo con il curante, con il contesto di cura e la malattia stessa. Tutti questi elementi sicuramente sono importanti in un *assessment* dell'operatore del vissuto di malattia da parte del soggetto.

La dimensione emotiva

Tenere presente la dimensione emotiva è fondamentale. Non vanno considerate soltanto le *emozioni* cosiddette universali di base: tristezza, felicità, paura, rabbia ecc. che attraversano le varie culture, ma anche molte emozioni secondarie legate alla cultura. È interessante l'emozione di sfondo: il senso di vitalità, il senso di benessere o di malessere. A volte siamo presi dal cogliere certe emozioni basilari, evidenti, però lo "sfondo emotivo" ha a che fare con il corpo, con il *felt sense* (sensazione e emozione-sentimento insieme). Il senso di vitalità, per esempio, è inteso come energia, forza vitale, che la persona sente. Sull'altro versante abbiamo invece il senso di fatica della grande malattia debilitante (ad es. la *fatigue* nella malattia oncologica). Ugualmente importante è il cosiddetto *campo implicito*, dato dal clima emotivo che si stabilisce in un contesto, nei rapporti: come la persona sente, vive emotivamente i vari contesti della vita (Rosselli). Il *setting*, lo scenario che contiene varie componenti, non è sempre apertamente esplicitato, ma fa parte comunque dell'insieme relazionale; crea un'atmosfera, un clima, con una sua affettività, di cui la relazione medico-paziente è uno degli elementi più caratterizzanti. Ci possono essere delle relazioni in cui questo clima emotivo, oltre che implicito, è scarso, oppure estremamente carico di tensione, con elementi sovrastanti su un piano emotivo. Il clima è importante da considerare perché fa parte della rappresentazione e del vissuto della malattia, condizionandone il processo.

Nella dimensione emotiva, inoltre, è importante vedere il *coping* del soggetto: chi usa dei *coping* prevalentemente emotivi invece che cognitivi, più focalizzati sul problema e la sua conoscenza; chi usa invece una modalità più affettiva, creando un clima diverso che è importante recepire, avendo a che fare con il linguaggio individuale, per cui ognuno mette in atto una certa modalità di essere; e così anche nelle strategie di *coping* con la malattia. Alcuni soggetti sono

estremamente emotivi e quindi, pur recuperando e riconoscendo queste emozioni, a volte c'è anche bisogno di sollecitare delle possibilità più cognitive, razionali, sempre tenendo presente il linguaggio prevalente della persona che ha bisogno di essere incontrata su quel versante. La dimensione emotiva è esaltata talora da tutto quello che emotivamente ha a che fare con il distress e il disagio, dal disagio più lieve al grande distress e alla psicopatologia più strutturata. Talvolta c'è una vulnerabilità emotiva: ci sono distress in cui le emozioni non compaiono, anzi possono essere scotomizzate fino alla negazione e scissione, addirittura non percezione, non consapevolezza del versante emotivo (alessitimia), che rende la persona vulnerabile. Abbiamo quindi una vulnerabilità data da forte carica emotiva nel distress e una vulnerabilità da emozioni soltanto vissute nel corpo e non al livello di consapevolezza. È molto importante vedere, affrontando il vissuto di malattia, quale linguaggio esprime la persona su questo piano di regolazione emotiva.

Il corpo

Il *corpo*, nel vissuto di malattia, ha la sua patologia e un vissuto anche creativo, nei vari aspetti che riguardano la corporeità: dall'*immagine del corpo* a quello che è "*il corpo vissuto*". L'immagine corporea rappresenta già un tentativo di oggettivare il corpo, anche se nasce da un'esperienza soggettiva; ma il "corpo vissuto" è veramente soggettivo perché proprio come viene vissuto, sentito, non viene "staccato" per niente dalla persona, tanto da essere indefinibile. Ma esistono le vicissitudini mentali che riguardano tutto il versante della distorsione ipocondriaca sul corpo: le dismorfofobie, patologie particolari in un corpo vissuto che poi diventa oggetto. È significativo stabilire cosa è per ognuno questo corpo, come progetto nella vita, che ha una sua intenzionalità. Non c'è rappresentazione di malattia senza un corpo vissuto; non c'è un percorso attraverso una malattia che non comprenda anche questo vissuto profondo, delicato, del proprio corpo che segue la propria soggettività. Anche usando delle tecniche a mediazione corporea (un lavoro più diretto sul corpo), ci può essere un "andare sopra" il corpo che è un oggetto; non è completamente questa esperienza della soggettività che è pro-

pria dell'essere con il corpo e attraverso il corpo (corpo vissuto).

Il corpo, con la malattia, è ovviamente contattato in modi diversi. È interessante riconoscere come questo avviene per ogni paziente. Il corpo conta molto, nella rappresentazione della malattia, su cosa significano i vari sintomi, così come, nella situazione organica, nella biochimica di una persona, condiziona il corpo vissuto e l'idea, l'immagine che ogni individuo ha del proprio corpo. È quindi un punto importante da tenere presente nell'*assessment*, riconoscere il corpo vissuto e quale immagine si costruisce in ogni persona. Sappiamo da varie malattie come questa immagine si modifica, si distorce, talora è specifica nelle stesse patologie dell'immagine corporea. A sua volta andare ad esplorare nella persona *l'immagine del proprio corpo* è un elemento che apre le porte del vissuto. Ci sono tecniche sul piano terapeutico che usano l'immagine corporea per entrare maggiormente in questo vissuto ed aiutare un processo di trasformazione.

Un altro tipo di fisicità è quella *ambientale* che costituisce l'importanza da dare a tutto quello che è l'ambiente, da un punto di vista fisico e non soltanto relazionale, culturale. La nostra rappresentazione e vissuto della malattia è anche condizionata da come siamo e come ci sentiamo in quell'ambiente, nella fisicità del contesto, dell'ecosistema. Quando si parla di *bio-psico-sociale,* come approccio alla malattia è importante includere anche (pertanto) la dimensione ambientale dell'ecosistema, come indicato nel Modello dei 4 Quadranti di K. Wilber. Ovviamente il corpo relazionale-sociale è anche elemento di estrema importanza che influenza il corpo vissuto e quindi il vissuto della malattia. D'altro canto c'è anche il vissuto delle parti corporee, degli organi di una interiorità corporea e non soltanto psichica. Tale vissuto più particolare è messo in risonanza nelle varie malattie a seconda dell'organo implicato. Possiamo usare metodologie espressive (ad es. la scrittura, il disegno e altre forme immaginative) che aprono alla dimensione simbolica, (corpo simbolico e vissuto metaforico della malattia). Ogni parte corporea ha significati diversi per ogni paziente come per ogni operatore. È importante essere consapevoli di tali vissuti e significatività per entrambi gli interlocutori della relazione terapeutica, influenzando la terapia, sia nel dare che nel ricevere.

Sappiamo come *l'immagine corporea* e la percezione del proprio

corpo nell'incontro si modifichi continuamente con diversa sensibilità nel percorso della malattia e nel tempo, "un termometro" interessante da valutare nelle sue oscillazioni e mutamenti.

C'è anche *la dimensione esistenziale* nella rappresentazione di malattia e va tenuta presente, nell'indagine del soggetto, anche l'esplorazione del significato soggettivo, esistenziale, che la malattia ha per la persona. Anche questo è un significato molto personale che si colloca in un sistema di valori che può riguardare la religione, la fede, ma anche l'etica, secondo la valutazione del soggetto. È meglio parlare di esperienza di coscienza transpersonale, cioè che è al di là dei confini della personalità individuale, verso elementi e dimensioni della coscienza che sono: la religiosità, ma anche l'esperienza estetica, l'etica, i sentimenti di allargamento verso gli altri, ecc., in una dimensione cosiddetta transpersonale, o spirituale. La malattia può diventare l'occasione per sperimentare questo livello.

Metodi di indagine del vissuto di malattia

Quanto ai *metodi di indagine* del vissuto di malattia, si potrebbe dire che sono abbastanza consequenziali alla nostra indagine più abituale di anamnesi aperta, allargata. Però l'intervista stessa che costituisce il dialogo con il paziente, il terreno principe del metodo d'indagine, ha bisogno di avere un'attenzione particolare a porre certe *domande* che formano un'intervista semi-strutturata che include cosa pensa il paziente della sua malattia, come la sente, che immagine ha ecc. Ciò fa parte di un procedimento che apre a una prospettiva *narrativa*, nel vissuto, lasciando spazio alla possibilità di narrare la storia del vissuto. Questa narrazione da parte del paziente stimolato dalle domande può anche prendere una forma scritta. In questo c'è l'arricchimento che può derivare dal favorire, oltre il verbale, altre espressioni creative che, come accennato in precedenza, riguardano il vissuto di malattia: disegnare la malattia, l'organo, esprimerlo con il movimento, la scrittura creativa, la pittura, l'immagine ecc.

Ancora un aspetto che tocca il vissuto di malattia è rappresentato dalle *tecniche meditative*. In esse il riconoscimento, lo stare con quella situazione, con un'attenzione non ipocondriaca o combattiva, invita a restare nella consapevolezza insieme ad una focalizzazio-

ne accettante. Una di queste tecniche che utilizzano la modalità di entrare maggiormente in contatto con la parte, favorendo tutto ciò che emerge, stando in questa piena consapevolezza, è la meditazione *mindfulness*. Attraverso questo metodo è possibile, per esempio, focalizzarsi su una parte del corpo in piena consapevolezza accettante. Questo favorisce l'emergere di contenuti cognitivi, emotivi, immaginativi, ecc., che fanno parte di un arricchimento consapevole del vissuto, ma ha anche una potenzialità trasformatrice e creativa in un processo di elaborazione e di atteggiamento diverso.

Il vissuto ha anche la sua patologia, alimentando il cosiddetto "*comportamento abnorme di malattia*" (Pilowsky). È la possibile malattia della malattia, basata sul vivere tutto questo con la sofferenza che comporta. Talora è una grande sorgente di stress e ovviamente, attraverso il vissuto, il malato ha tutte le sue vicissitudini di patologia, di sofferenza, ma anche di elementi creativi in cui la malattia gli offre l'occasione di contattare le sue risorse e potenzialità.

Affrontando il tema del vissuto di malattia, con tutti gli elementi personali e contestuali che ne condizionano i vari aspetti, bisogna tenere presenti due versanti che per certi aspetti sembrano opposti, ma che in realtà poi si incontrano: da un lato la patologia del vissuto, una parte molto importante in tutto il percorso del paziente; dall'altro l'area delle risorse e del benessere attraverso quelli che potremmo chiamare gli indicatori del benessere e che fanno parte di quell'area cosiddetta di *salutogenesi*, invece della *patogenesi*. Continuando a considerare aspetti che di per sé sono rilevanti sul piano psicosomatico, troviamo i cosiddetti *stili individuali di malattia* che si possono definire "precursori della patologia". Sono caratteristiche soggettive che nello stesso tempo divengono elementi causali ulteriori che costruiscono il processo patologico e influenzano il vissuto di malattia. Uno di questi lo troviamo tra le cosiddette "*sindromi psicosomatiche*" (vedi *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Disease* – DCPR) nell'area della somatizzazione persistente ed è l'amplificazione somatosensoriale. Nella letteratura psicosomatica la *somatizzazione* è stata considerata come disagio psichico che si rappresenta nel corpo, e il corpo che parla per la psiche ha un linguaggio con diverse espressività. In realtà però, in un approccio più integrato e articolato sembra giusto considerare che anche il quadro so-

matico, funzionale se vogliamo, ha una eziologia polivalente, inclusa la componente biologica, quindi anche il corpo e la percezione del corpo in questo senso possono provocare il sintomo, non soltanto la psiche che si riflette nel corpo. Questo lo potremmo postulare come copresenza somatica ad es. a livello dei meccanismi neurotrasmettitoriali, attraverso l'asse cervello – intestino e intestino-cervello che possono costituire anche di per sé elementi di alterazione che condizionano il disturbo. Si tratta in questo caso di una *amplificazione somatosensoriale* che è uno di quegli aspetti che potremmo definire psicobiologici perché questa diminuzione della soglia verso il dolore e le sensazioni, è un elemento da un lato percettivo, psichico, ma anche biologico, portando a sentire maggiormente il dato somatico, corporeo, parte del quadro di somatizzazione. Si amplificano sensazioni che altrimenti non apparirebbero alla coscienza. Quindi l'elemento percettivo, di maggiore focalizzazione su una certa area del corpo può favorire altri aspetti cognitivo-emotivi che riguardano la reazione allo stesso stimolo percepito, con soglia abbassata, fino a reazioni ulteriormente amplificatorie che riguardano il vissuto del soggetto (Porcelli).

Un secondo aspetto che esprime questi iniziali "precursori di patologia" riguarda il cosiddetto "*stile attributivo di malattia*" già menzionato nell'area delle "credenze". Anche qui c'è un elemento di focalizzazione del soggetto, cioè "quale causa attribuisco alla malattia?" Lo stile attributivo di malattia implica un certo tipo di atteggiamento. Per esempio, uno stile attributivo di malattia può essere interno, biologico, per cui "dipende tutto dal mio corpo", "la mia cardiopatia dipende dal cuore che non funziona". Oppure tutto è attribuito alla persona, magari anche come colpa, oppure le cause sono attribuite all'esterno (dipende dagli altri, dall'ambiente, ecc.). Lo stile attributivo condiziona incisivamente il vissuto di malattia.

Terzo elemento dei "precursori di malattia" è la *rappresentazione della malattia*. Si tratta di un elemento immaginativo e cognitivo su cui si possono costruire vari vissuti e significati.

Questi tre punti sono come la base di una costruzione patologica più complessa in cui troviamo, con gradazioni di intensità diversa, altri fattori che possono creare disturbi successivi alla malattia stessa.

La malattia come evento stressante

È questo il caso della malattia vissuta come evento stressante e che può far parte di un cosiddetto "*carico allostatico*". Per carico allostatico si intende un carico eccessivo, da stress cronico, in cui sul soggetto si sommano elementi di stress subentranti. L'allostasi è il principio per cui i parametri fisiologici mutano in base agli stress, a differenza del principio omeostatico, che tende a mantenere quei parametri sempre costanti. L'allostasi è una forma sempre difensiva dell'organismo, reattiva nello stress, in cui i parametri fisiologici vanno "su e giù", in maniera dinamica, instabile. Questo è particolarmente importante proprio nel meccanismo dello stress cronico che innesca una sommazione continua, per cui la persona non ritorna mai a uno stato precedente di riposo o equilibrio ma rimane sollecitata costantemente da un "carico". I parametri biologici sono indicatori di quei mutamenti metabolici, ormonali ecc. che possono causare ulteriore patologia e quindi quell'epifenomeno disadattivo secondario alla malattia vissuta con stress e carico allostatico.

Talvolta la stessa malattia si può configurare come *evento traumatico* (ad es. gravi malattie che minacciano la vita) dando origine a quadri tipo *disturbo post-traumatico da stress*. Altre forme clinicamente disadattive che costituiscono una patologia del vissuto sono costituite dal *disturbo dell'adattamento*, per esempio, un quadro secondario ma clinicamente rilevante nelle sue forme: ansiose, depressive o miste. Del resto disturbi anche gravi, psicopatologici, dell'ansia e dell'umore e anche psicotici ecc. possono essere slatentizzati nell'esperienza di malattia che diventa particolarmente destrutturante o aggravante quadri morbosi precedenti.

Sindromi psicosomatiche e malattia

Come già accennato, possono essere rilevate anche quelle "*sindromi psicosomatiche*" che rappresentano quadri sindromici, sotto-soglia rispetto alla nosografia psicopatologica ma che attraversano un po' ubiquitariamente sia le varie patologie che l'assenza di altre patologie, e quindi senza una valenza eziopatogenetica (Porcelli, Sonino). Sono 12 *cluster* che aumentano di per sé la sofferenza della persona e

possono anche essere in comorbidità o secondarie alla malattia stessa, aggravandone la sofferenza. Si possono dividere in *tre raggruppamenti fondamentali*: uno riguarda alcuni tratti di personalità o caratteristiche psicologiche che creano o esacerbano condizioni mediche (alessitimia, comportamento di tipo A, demoralizzazione, umore irritabile). Un secondo invece riguarda il comportamento abnorme di malattia citato prima (la nosofobia, l'ansia per la salute, la tanatofobia, la negazione di malattia). Un terzo raggruppamento include quadri con spiccata componente somatica e psicofisiologica (la somatizzazione persistente, il disturbo di conversione, i quadri secondari a disturbo psichiatrico, la reazione agli anniversari).

È stata costruita un'intervista per queste sindromi secondo i *Criteri Diagnostici per la Ricerca Psicosomatica (DCPR)*. Le osservazioni che sono state fatte rispetto ai criteri del DSM IV, quindi, vanno a cogliere elementi che non sarebbero classificati nella nosografia psichiatrica. Soprattutto nell'ambito delle malattie internistiche hanno ricevuto particolare attenzione in indagini in cardiologia, gastroenterologia, endocrinologia ecc. L'*alessitimia* è inserita tra questi criteri; è stata già menzionata nel vissuto di malattia, poiché può avere aspetti secondari, anche se è stata descritta come tratto primario indipendentemente da aspetti situazionali, rappresentando una caratteristica della persona nella sua incapacità di comunicare, di avere consapevolezza delle emozioni, di distinguere emozioni da sensazioni e con una povertà particolare del mondo immaginativo, simbolico. Talvolta sul piano comportamentale l'alessitimico ha scariche che apparentemente sembrano emotive, lo sono sul piano corporeo (pianto, rabbia), però non c'è consapevolezza dell'emozione. In realtà l'alessitimia appare una situazione da mettere in evidenza, non soltanto con gli strumenti di autovalutazione o *self report* (ad es. *Toronto Alexithymia Scale*-TAS) che hanno dei limiti proprio per la scarsa consapevolezza della persona del quadro emotivo, ma attraverso l'intervista che mette maggiormente in evidenza la modalità alessitimica, passando anche dall'elemento controtrasferale dell'intervistatore (Solano). Quindi il metodo dell'intervista rimane da privilegiare, insieme magari agli strumenti di autovalutazione.

Oltre all'intervista secondo il DCPR, una delle interviste ora validata anche in Italia è la *Toronto Scale Interview for Alexithymia*

(TSIA), intervista per l'alessitimia che è abbastanza completa e sensibile nell'indagine di questo costrutto. *L'alessitimia secondaria* interessa il vissuto di malattia particolarmente minacciosa per la vita o situazioni particolarmente traumatiche e stressanti come ospedalizzazioni ecc. Tra gli altri criteri troviamo il *comportamento di tipo A*, considerato come una modalità comportamentale che riguarda il coinvolgimento nell'iper-responsabilizzazione del lavoro, l'urgenza del tempo, la competitività ecc. Questo comportamento originariamente e storicamente è stato collegato alle malattie cardiovascolari e in particolare alle coronaropatie da Freedman e Rosenman, alla fine degli anni cinquanta. In realtà, in una percentuale abbastanza rilevante, il comportamento di tipo A è legato alle malattie cardiovascolari, però si trova anche in altri quadri. All'interno di tale comportamento troviamo un'altra sindrome che è l'*umore irritabile,* perché questi soggetti sono particolarmente irritabili nella loro competitività, ostilità, e cinismo. Questo tipo di comportamento è da stress, tipicamente da carico allostatico; infatti porta risposte fisiologiche che sono: l'attivazione, l'ipertono simpatico, che sono tipici della situazione di stress. Inoltre può presentarsi come tratto di personalità, ma anche essere evocato secondariamente dalla malattia.

Abbiamo inoltre le quattro sindromi che possono far parte del cosiddetto *comportamento abnorme di malattia*. L'avere una malattia può inserire un quadro *nosofobico*, visto come paura persistente, infondata, di avere specifiche malattie, spesso le più minacciose, che può venire sotto forma di attacchi, non solo come preoccupazioni costanti, tipo ipocondria ma associati anche ad attacchi di panico. Un quadro all'opposto è la *negazione della malattia*. Questo tipo di atteggiamento difensivo in medicina è abbastanza importante, poiché il negatore di malattia è a rischio di non sottoporsi a controlli preventivi e di non avere una buona *compliance* nella terapia. Questa negazione di avere una malattia fisica, di aver bisogno del trattamento, persiste anche se sono state fornite tutte le spiegazioni mediche. La *tanatofobia* è considerata in questo settore una sindrome psicosomatica perché ha caratteristiche di ansia fobica, collegata ad angosce di morte. In ultimo l'*ansia per la salute* ha in realtà similitudini con l'ipocondria, ma deve essere differenziata, poiché è una preoccupazione per la malattia che cede alla rassicurazione del medico a diffe-

renza dei quadri ipocondriaci. L'ipocondria in realtà non è inclusa tra i DCPR mentre è inserita nel DSM IV-TR. Poi ci sono i *quadri secondari a disturbi psichiatrici*, dall'attacco di panico alla depressione ecc. In particolare hanno una fenomenologia somatica a cui il paziente dà molta importanza. Ovviamente questo si può associare anche in comorbidità a malattie internistiche. Rispetto al DSM IV-TR che descrive le somatizzazioni come disturbo somatoforme indifferenziato, come disturbo di somatizzazione ecc, qui invece si parla in maniera più essenziale, mettendo in evidenza l'elemento temporale di *somatizzazione persistente*. Ovviamente non si parla di disturbo organico, quindi di lesione, ma di una serie di disturbi che fanno parte di un'alterazione della funzionalità senza escludere la presenza di possibili cause anche biologiche. Tale disturbo deve durare più di sei mesi, a questo si aggiunge l'amplificazione somatosensoriale, con una bassa soglia di sensibilità e l'alta suggestionabilità del soggetto, insieme a sintomi di attivazione dell'ortosimpatico. Un'altra sindrome è quella dei *sintomi di conversione*. L'isteria classica è meno rilevabile, però i sintomi di conversione si trovano abbastanza frequentemente. È importante, qui, tenere presente le caratteristiche di personalità che riguardano la personalità istrionica, (l'ambivalenza, il linguaggio pittoresco, la suggestionabilità, ecc.), nonché il manifestarsi dei sintomi in seguito a eventi psichici, di cui il paziente non è consapevole.

Si presenta inoltre un quadro di sintomi fisici simili a quelli di conversione o somatizzazione che insorgono nell'anniversario di malattia o di morte di un parente o amico del paziente. È questa la *reazione agli anniversari,* una sindrome che si può riscontrare meno frequentemente e che è stata chiamata anche "piccola conversione". All*'umore irritabile* è stata data importanza a proposito delle malattie cardiovascolari. In questa sindrome l'ostilità e l'aggressività vengono espresse o trattenute. A proposito della pressione sanguigna, per esempio, ci sono discordanti rilievi: talvolta la pressione aumenta quando la rabbia viene espressa; invece altre volte, in seguito all'espressione fisica, la pressione si abbassa. L'apparente discordanza di questi rilievi è dovuta al modo con cui è vissuta la stessa espressione emotiva. L'umore irritabile è una tipica forma di vissuto non catartico dell'ostilità e della rabbia; anzi, la persona è talora gravata da sentimenti di colpa, e da un senso di insoddisfazione, con una ri-

sposta fisiologica di iperattivazione ortosimpatica.

Recentemente è stata rilevata la cosiddetta *personalità di tipo D*, anche questa correlata soprattutto alle malattie cardiovascolari. I dati statistici parlano di 60-65% di incidenza nell'ipertensione, ma anche nelle coronaropatie e nella patologia infartuale. È questa una personalità in cui è descritta una difficoltà (D=Distress) nel gestire le emozioni cosiddette negative (rabbia, tristezza ecc.) soprattutto nelle relazioni sociali, per cui tali emozioni vengono represse con un vissuto di minore accettabilità relazionale e scarsa stima di sé. Questi tratti di personalità non fanno comunque parte delle sindromi psicosomatiche secondo i DCPR. Fra questi ultimi troviamo invece ancora la *demoralizzazione*, un tempo descritta nella letteratura psicosomatica sotto altro nome, ad es. il "complesso del *giving up-given up"*. In essa si rileva uno stato di disperazione, un senso di resa, di impotenza e fallimento di fronte alla vita. Il rischio della sua presenza riguarda il precedere o aggravare una eventuale patologia anche organica. Engel ha studiato in particolare questa modalità differenziandola rispetto alla depressione. Ci sono depressioni con o senza demoralizzazione e ci sono demoralizzazioni anche senza depressione. Avere una malattia può innescare depressione, ma anche demoralizzazione che a sua volta aggrava la condizione di malattia.

Salutogenesi e malattia

Dopo aver esaminato le implicazioni patologiche del vissuto di malattia, vediamo adesso la posizione salutogenetica che comprende le risorse individuali e relazionali-sociali nel far fronte all'evento malattia. Ogni persona possiede, ai fini della promozione della salute, delle potenzialità per combattere e prevenire lo stress e gli eventi patologici, creando una posizione che porta a elevare la stessa soglia dello stress. Tali risorse vengono anche chiamate gli indicatori di un funzionamento positivo, riferite quindi alle cosiddette aree del benessere presenti in ognuno.

Tra gli indicatori di cui sopra, è di primaria importanza la *resilienza* descritta da Cyrulnik. Essa riguarda la resistenza al trauma in particolare, ma anche ai forti stress della vita. Per il suo atteggiamento forte ma insieme plastico è anche descritta come l'arte di "navigare

sui torrenti", la capacità di riuscire a vivere e svilupparsi positivamente in modo accettabile, nonostante lo stress e i traumi. Questa frase di Primo Levi ben rappresenta la resilienza: "scavarsi una nicchia, formare un guscio, una difesa, anche in situazioni disperate".

Un'altra risorsa è la *hardiness* (Kobasa) con questi tre punti caratteristici: l'impegno, il credere in quello che si fa (*committment*); la sfida, il sentire la posizione combattiva (*challenge)* e il controllo, la padronanza, (*control*). Un'altra è la disposizione ottimistica (Scheier e Carver), costituita dalla considerazione che il "bicchiere è mezzo pieno", un bilanciamento dell'esperienza del pessimismo e dell'ottimismo, con valorizzazione di quest'ultimo. Nell'area del controllo troviamo il senso di padronanza (*sense of mastering* - Pearlin e Schooler) e l'autoefficacia (*self efficacy* – Bandura), che riguarda l'abilità di gestione della vita. Sono state descritte inoltre le dimensioni del benessere (*psychological well-being* – Ryff) che hanno dato luogo ad alcune importanti ricerche sulla correlazione dei parametri del benessere con quelli del carico allostatico. Gli indici del *well-being* sono correlati negativamente con quelli del carico allostatico indicativi della condizione di stress. Essi sono costituiti dalle seguenti caratteristiche: l'auto-accettazione, le relazioni positive, l'autonomia, la padronanza ambientale, lo scopo della vita, la crescita personale. Un altro costrutto interessante che riguarda le risorse è il senso di coerenza (*Sense Of Coherence, SOC* – Antonovski). Antonovski è stato il fondatore della salutogenesi e mette insieme questi tre aspetti: la comprensibilità, la padronanza, la significatività. Uno studio molto ampio su circa diecimila pazienti, (1996-2002), rilevò un alto senso di coerenza con il 30% di minore mortalità in vari tipi di malattia. Un altra risorsa sulla significatività è *la ricerca di significato* di Viktor Frankl, il fondatore della logoterapia, che in maniera drammatica, ma anche molto pregnante, così si esprime nel suo libro più famoso, Uno psicologo nei lager: "*tutto si può perdere nel campo di concentramento tranne l'ultima libertà che la persona ha di affrontare spiritualmente, in un modo o nell'altro, la situazione imposta"*. Aspetto simile che troviamo anche nella *sintesi* di Roberto Assagioli, fondatore della psicosintesi, che dice: "Vi è nella psiche umana una tendenza fondamentale alla sintesi, all'unione che è espressione di un principio universale". Possiamo considerare anche la malattia

una forma di sintesi, magari parziale, di vari elementi; e in questa ottica essa offre risorse significative a disposizione del paziente, dei suoi familiari e dei curanti nel percorso della cura.

Domande sul vissuto di malattia

In senso riassuntivo dei punti fin qui esaminati, vengono di seguito riportate alcuni raggruppamenti di domande sul vissuto di malattia, che possono essere utilizzati da pazienti e da curanti come schema di *intervista* o di elaborazione narrativa, soprattutto nella fase diagnostica del percorso di cura:

Domande per il paziente

1) Come sei diventato consapevole della tua malattia o disturbo per la prima volta?

Che cosa ti ha fatto finalmente decidere di vedere un medico?

Quali sono le tue idee sulle cause del disturbo o della malattia?

Come sei venuto a conoscenza della diagnosi?

Che cosa ti hanno detto i medici della tua malattia o disturbo?

Che cosa hai provato quando hai saputo la diagnosi?

2) Quali pensieri ricorrenti hai avuto dopo la diagnosi?

È importante per te sapere cosa hai e conoscere con precisione la diagnosi?

Che cosa provi ora e cosa pensi mentre hai questa malattia o disturbo?

Come vivi il tuo corpo e l'organo o la parte ammalata?

Puoi creare un'immagine di questa parte ammalata?

Questa malattia o disturbi che hai ti hanno fatto rivedere o cambiare qualcosa nella tua vita?

Hai qualcosa o molto da rimpiangere sul passato?

Come senti di essere in controllo e tuttora di avere una certa padronanza nella tua vita?

Che cosa non accetti di te e come avviene in questa esperienza di malattia?

3) Ti senti di combattere questa malattia o disturbo e in che modo?

In che modo e che cosa comprendi di quello che ti è successo ammalandoti?

In chi o in cosa hai fiducia?

Dopo tutto ti senti pessimista o ottimista e come ti vedi nel futuro?

Senti rabbia per questa malattia e verso chi e che cosa?

Cosa temi? Qual'è la tua paura più grande?

Cosa senti di aver perso del piacere nella tua vita e che cosa è tuttora piacevole?

Prima di ora quale è stato il momento critico peggiore nella tua vita e come l'hai affrontato?

4) Come hanno reagito gli altri (familiari ecc) alla diagnosi?

Cosa sanno della tua malattia e come la vivono i tuoi familiari?

Che cosa è cambiato nei tuoi rapporti in famiglia?

Hai parlato della tua malattia nell'ambiente di lavoro? Cosa è cambiato lì negli altri o in te?

Che conseguenze ha avuto la tua malattia nel rapporto con gli amici? Come la vivono loro?

Altri familiari o amici hanno avuto una malattia simile?

5) Di cosa senti di aver soprattutto bisogno?

Che senso ha questa malattia per te?

Che significato e valore ha tuttora la vita per te?

Credi in esperienze o valori a carattere ampio, universale, che danno senso alla tua vita?

Ti consideri una persona religiosa? Segui qualche pratica spirituale?

Che cosa è cambiato riguardo ai tuoi valori spirituali nel tuo vissuto della malattia?

Domande per l'operatore

Cosa sento e che emozioni provo nello stare con il paziente e la sua malattia?

Che pensieri mi suscita?

Come vivo il mio corpo?

Che senso ha per me e per la mia vita?

Che spazio prendo per me stesso allo scopo di sentire come sto con questo paziente?

Bibliografia

Antonovsky A. (1979) *Health, Stress and Coping*. Jossey-Bass, Washington.

Assagioli R. (1973) *Principi e Metodi della Psicosintesi Terapeutica*. Astrolabio, Roma.

Bandura A. (1996) *Il senso di auto-efficacia*. Edizioni Centro Studi Erickson, Trento.

Carver C.S., Scheier M.F. (2004) *Autoregolazione del comportamento. Scopi e processi di controllo retroattivo.* Centro Studi Erickson, Trento.

Cyrulnik B., Malaguti E. (2005) *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Centro Studi Erickson - 2005.

Engel G.L. (1981) *Medicina Psicosomatica e Sviluppo Psicologico*. Cappelli, Bologna.

Fava G.A., Sonino N., Wise T.N. (2012) *The Psychosomatic Assessment*. Karger, Basel.

Frankl V. (2009) tr. it. *Uno Psicologo nei Lager*. ARES, Milano.

Friedman F., Rosenman R. (1959) Association of a specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 21; 169(12): 1286-1296.

Kobasa S.C. (1979) Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.

Levi P. (1989) *Se Questo è un Uomo*. Ed. La tregua, Einaudi, Torino.

Scheier, M.F., Carver C.S., Bridges M.W (1994), Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology* 67(6): 1063-1078.

Pilowsky I. (1997) *Abnormal illness behaviour*. John Wiley & Sons, Chichester.

Porcelli P. (2010) *Medicina Psicosomatica e Psicologia Clinica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Porcelli P., Sonino. N. (2008) *Fattori psicologici che influenzano le malattie*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.

Rosselli M. (2012) I setting di senso psicosomatico per la relazione terapeutica in ospedale. In A. Minervino (a cura di) *Pregiudizio e Terapie*. Alpes, Roma.

Ryff C.D., Singer B. (1996) Psychological well-being. *Psychother Psychosom*, 65: 14-23.

Solano L. (2001) *Tra mente e corpo*. Raffaello Cortina Editore.

Wilber K. (2000) *Integral Psychology*. Shambhala, Boston 2000.

Linguaggi e vissuti della corporeità nella relazione terapeutica con il paziente

Pietro Mario Martellucci

La tematica dei linguaggi e dei vissuti della corporeità ha costituito una parte integrante dell'esperienza formativa del Corso avanzato alla conduzione di gruppi Balint. Questo contributo intende fornire una traccia del lavoro svolto e il suo sviluppo, avvalendosi dei contenuti dei partecipanti, come parte integrante della trama di un testo che si è venuta a costruire attraverso l'esperienza diretta e che la registrazione dei lavori ha permesso di mantenere. Il testo focalizza tematiche della relazione terapeutica, quelle dei vissuti corporei, meno soggette alla rapidità degli aggiornamenti di conoscenze specifiche, piuttosto riconducibili a quei segni di cambiamento, quasi impercettibili, che nascono da una riflessione "interna" di ogni partecipante. Medici e psicologi si sintonizzano, durante il percorso formativo, sui vari linguaggi delle esperienze personali, favorendo così una maggiore consapevolezza di sé, nelle competenze adeguate a condurre un gruppo Balint. Gruppo che per le sue peculiarità, richiede non a caso, una formazione psicodinamica personale del conduttore, per la quale contenuti emotivi, vissuti corporei e linguaggi della comunicazione, vengano primariamente conosciuti e compresi.

Il contributo si sofferma su quattro tematiche, collegate ad altrettante esperienze condivise in gruppo e guidate dal conduttore dei seminari:

- l'esperienza di Autodistensione;
- un lavoro di gruppo sul costrutto del corpo-a-corpo medico-paziente;
- l'esperienza di vissuto personale, del medico e dello psicologo, volta ad esplorare una dimensione maieutica dei propri vissuti corporei;
- la visione di un film come mediatrice di riflessioni sul costrutto di alessitimia.

L'A*utodistensione guidata* introduce di per sé un'attenzione particolare alla corporeità dei partecipanti, rendendo possibile il confronto con la dimensione emotiva e immaginativa, all'interno di un contesto di formazione, che richiama ad un particolare atteggiamento verso la propria corporeità, che prevede di distendersi su un materassino, condizione ben diversa dalla abituale disposizione seduta sulla propria sedia, interagire con il conduttore su un piano della comunicazione che privilegia il linguaggio non verbale e richiamare un sentimento di fiducia e di affidamento all'altro, per consentire che l'esperienza possa accadere.

Il costrutto di: *corpo-a-corpo* nasce da una felice interpretazione della relazione medico-paziente che M. Sapir (1984), eminente esponente della psicosomatica moderna di cultura francese, propose nel titolo di un suo libro. Nell'esperienza che sviluppa questa tematica, si focalizzare l'importanza dell'incontro del medico e dello psicologo con il paziente, come condizione relazionale privilegiata, che include contenuti personali di natura essenzialmente inconscia, riconducibili alla dimensione della comunicazione non verbale e del linguaggio corporeo.

La tematica *tracce di vissuto corporeo*, viene sviluppata attraverso un'esperienza condivisa all'interno di un lavoro in coppia dei partecipanti. Vengono raccolti ed elaborati alcuni contenuti di vissuto personale che il medico e lo psicologo ritengono giocare un qualche ruolo, nel definire la qualità e la profondità della relazione con il paziente. I testi riportano il loro contenuto in prima persona, sia quello dei partecipanti, sia del relatore-conduttore, così come vengono espressi durante il lavoro formativo.

Il *costrutto della alessitimia* viene colto ed elaborato attraverso la visione del film *Un cuore in inverno* di Claude Sautet (1992). Per la trama ed i suoi contenuti si è ritenuto un possibile mediatore di apprendimento e di riflessioni sui linguaggi della corporeità. Vengono focalizzate le modalità espressive delle emozioni, dalla loro identificazione alle possibili difficoltà della loro comunicazione e della loro comprensione. La discussione in gruppo verterà sui tratti alessitimici rintracciabili nei propri pazienti e sulle problematiche che suscitano all'interno della relazione terapeutica.

A partire da un'esperienza di Autodistensione guidata, in gruppo

La metodica dell'*Autodistensione guidata* viene proposta all'interno del corso di formazione, con la finalità di permettere un'esperienza di rilassamento psico-fisico, generalmente piacevole, attraverso la quale acquisire maggiore consapevolezza di sensazioni e di vissuti personali, centrati sulla corporeità, colti nell'auto-osservazione. Riteniamo infatti che l'esperienza di mediazione corporea, all'interno del lavoro formativo, possa permettere un contributo concreto di conoscenza di sé stessi, orientata dal criterio di accrescere, di aggiungere qualcosa a ciò che già sappiamo di noi stessi, andando leggermente oltre, sperimentando una condizione di cambiamento di natura strettamente psicosomatica. La conduzione prevede che ci sia un breve contatto della mano con la fronte dei partecipanti, infine il recupero del naturale stato di veglia ed il racconto, volontario, ed il commento su quanto è stato vissuto.

La conduzione

Una volta disposti sui rispettivi materassini, in posizione sdraiata, possiamo iniziare l'esperienza focalizzandoci mentalmente sulla disposizione fisica nella quale ci troviamo … lasciando andare il nostro corpo con tutto il suo peso naturale. Questa posizione volta a realizzare uno stato di rilassamento, di piacevole calma, è favorita dalla chiusura degli occhi, una modalità giusta per lasciare che la propria attenzione sia rivolta soprattutto alle sensazioni che proviamo fisicamente e a ciò che emerge nella mente, in modo naturale… attraverso il nostro piacevole stato di rilassamento. La posizione è quella che permette di lasciare che le proprie braccia e… le proprie gambe, siano abbandonate, siano lasciate andare nella modalità più semplice e comoda per noi e lentamente entriamo in questa esperienza di attenzione a ciò che spontaneamente accade. Seguiamo le indicazioni, mantenendo l'attenzione sulle mie parole… che hanno solamente la funzione di guidare… il riconoscimento della propria esperienza, disponendoci soprattutto a cogliere il piano delle sensazioni che emergono, cominciando con lo scoprire la disposizione

tonica del proprio volto, della propria fronte volta a realizzare uno stato di calma … distesa, come la superficie di un mare calmo. Portiamo quindi l'attenzione alle varie parti del proprio corpo, osservando per esempio, quanto accade alla nostra mano destra, alle dita della mano destra, all'interno delle dita, lungo le dita della mano destra, all'interno del polso, alle articolazioni del polso, verso il gomito, dell'avambraccio, all'interno dell'avambraccio… quindi la spalla destra…alle fasce muscolari della spalla destra. Andiamo a scoprire il senso di riposo, di abbandono che ci pervade, di quiete, di calma, che man mano, va poi ad interessare il nostro braccio intero e mantenendo questa naturale attenzione, orientiamoci verso l'interno della nostra spalla destra… poi raggiungiamo la spalla sinistra … scopriamo l'articolazione della spalla sinistra, e man mano il braccio sinistro, il gomito, l'avambraccio sinistro… fino al polso, alla mano, alle dita della mano sinistra… che lasciamo andare al loro stato di abbandono naturale, di quiete, di rilassamento, di piacevole senso della calma … profonda, che pervade gradualmente anche le altre parti del proprio corpo. Cominciano a lasciarsi intendere e percepire le condizioni naturali di abbandono, di inerzia e così, manteniamo questo tipo di attenzione e andiamo a riconoscere questa condizione particolare all'interno degli arti inferiori, a partire dal piede destro, dalle dita del piede destro… verso la caviglia, fino al polpaccio, al ginocchio, all'intera gamba destra… per rivolgersi infine al piede sinistro, alla caviglia, al polpaccio, al ginocchio, all'intera gamba sinistra e… rivolgiamo l'attenzione adesso al proprio bacino, naturalmente… le fasce muscolari, finché un senso di rilassamento rende caldo e morbido il bacino stesso e da questo… l'attenzione si orienta verso la schiena, a scoprire la disposizione della spina dorsale… che divenga sempre più adagiata, perfettamente adagiata, volta ad adagiarsi alla superficie di appoggio come a farne parte… come a diventare un tutto unico con la superficie di appoggio…, le varie articolazioni della nostra spina dorsale si distendono, si rilassano… pervase dalle sensazioni di calma, di quiete, di abbandono, di senso di piacevole benessere… distanti le tensioni e l'ansia, tutto è calmo. Percorriamo quindi la spina dorsale verso la nostra zona cervicale… fino ad incontrare i muscoli del collo, della nuca… in particolare le articolazioni della nuca, sulle quali si condensano

frequentemente i nostri stati di tensione… che adesso appaiono come distesi, come a seguire un massaggio piacevole che andiamo a realizzare… con la nostra disposizione naturale al rilassamento, così per i muscoli del volto, per la mandibola… lasciata andare nello scorrere della possibile tensione… decontratta, distesa… tutti i muscoli del volto sono distesi… come immersi in uno stato di quiete, nel quale il nostro volto, la nostra persona, il modo di percepire il nostro corpo si va man mano… immedesimando, lungamente, così che, se portiamo la nostra attenzione di nuovo alle mani, alle dita delle mani, alle braccia, alle spalle, possiamo coglierne delle sensazioni… di rilassamento ancora più profondo… di calma, di abbandono… Così avviene quando il proprio corpo è affidato naturalmente o intenzionalmente ad una superficie di appoggio, che decidiamo comodamente di adottare, un piano di sicurezza, assoluto nel quale … le nostre pesantezze, le nostre fatiche… si abbandonano e man mano, scopriamo come le sensazioni di quiete, di calma, pervadano il corpo intero, come condizione naturale di piacevolezza, di benessere. Portiamo quindi la nostra attenzione sul ritmo spontaneo della respirazione… sulla naturale oscillazione di un'onda che sale ed un'onda che scende… dell'aria più fresca dell'inspirazione che espande il nostro torace, i polmoni e… dell'aria più tiepida dell'espirazione, dell'aria che esce… nell'oscillazione ritmica e regolare che viene man mano a pervadere tutto il proprio corpo e la propria mente… man mano che l'aria dell'inspirazione entra e espande l'addome, il torace e l'aria dell'espirazione che esce… e tutto si acquieta ancora più…, nella disposizione naturale a lasciare accadere nella calma, nell'aria che entra… nell'aria che esce. Man mano che il ritmo naturale della nostra respirazione attraversa il corpo intero, le sensazioni di rilassamento si fanno ancora più intense e diffuse. Attraverso la pelle, le fasce muscolari, le articolazioni delle braccia, delle spalle e quindi, del torace, del bacino, degli arti inferiori fino ai piedi… le sensazioni di riposo, di calma, di inerzia, di piacevole pervadere di ritmi e di tranquillità… avvengono… di serenità e di calma… fino a permetterci di portare l'attenzione su un paesaggio piacevole. L'emergere di un paesaggio piacevole, che abbiamo avuto modo di cogliere, di registrare, nella nostra memoria attraverso i nostri occhi, un paesaggio nel quale, noi che osserviamo senza alcuna

fatica, senza una particolare attenzione… andiamo a osservare… dei particolari che, forse allora, non avevamo colto… perfettamente. Man mano che li osserviamo, che li cogliamo, assistiamo a quello che è… come una scoperta per noi… contempliamo aspetti mai notati, caratteristiche… colori… possiamo persino avere la sensazione di parteciparvi, di entrarne a far parte… Man mano che questo avviene, il nostro rilassamento si fa ancora più intenso e profondo, diffuso ovunque… all'interno del nostro corpo e della nostra mente, dove tutto è adesso… molto calmo e tranquillo, e niente è da fare… solamente lasciare accadere, nella distensione della calma.

Seguirà da parte mia, un breve tempo di silenzio … così che possiate andare a cogliere… della propria esperienza di rilassamento, aspetti di tutto ciò che sta accadendo. Può essere persino possibile… avvertire una leggera brezza che porta via i pensieri, le sensazioni negative, la fatica, per lasciare interamente emergere nella propria testa, uno stato profondo di tranquillità e di calma.

Continuando a mantenere l'attenzione sulle sensazioni di rilassamento, così come sono distribuite alla superficie ed all'interno del nostro corpo, iniziamo gradualmente i movimenti di recupero, verso il nostro abituale stato di vigilanza e di movimento… iniziando a muovere le dita della mano destra… cogliendo in questo movimento, la naturale differenza di sensazioni che riconosciamo… della mano destra rispetto al resto del corpo, ancora sufficientemente disteso. Dalle dita della mano destra al polso, seguendo il nostro tempo, il nostro ritmo personale, passiamo a muovere l'avambraccio, il gomito, il braccio, la spalla destra, restituendo attraverso questo movimento volontario la percezione reale dell'arto superiore. Per passare quindi a muovere le dita della mano sinistra, il palmo e il dorso della mano, il polso, il gomito, la spalla sinistra. Quando questi movimenti si sono resi oramai facili, passiamo a muovere gli arti inferiori, con la stessa gradualità… il piede e la caviglia destra, il ginocchio, la gamba destra e, quando sentiamo giusto farlo, passiamo a muovere il piede sinistro, il polpaccio, il ginocchio, la gamba sinistra. Fino a muovere, quindi, il bacino, la schiena, la nuca, la testa, fino a quando non sentiamo giusto aprire gli occhi e ritrovare interamente il contatto con la realtà esterna. Rimanendo ancora immersi nelle sensazioni provate in questa esperienza, lasciamo che le più

piacevoli di queste rimangano a lungo, nelle prossime ore, nei prossimi giorni, come memoria del nostro corpo. Andando quindi a ritrovare la profondità della propria respirazione…, ritornando a compiere con i propri tempi personali, tutti i movimenti che riteniamo utile fare per riprendere pienamente il contatto con la realtà esterna e disporci a riflettere su quanto è avvenuto.

Contenuti dell'esperienza ed elaborazione

Conduttore – Considerazioni? Riflessioni? Contenuti di questa vostra esperienza? Cosa vi ha facilitato, cosa vi ha ostacolato, cosa avete colto, cosa vi ha sorpreso ed altro, di questa esperienza di rilassamento, nella quale avete accettato di essere condotti?

Un lungo lavoro di riflessione e di pratica del metodo ha portato alla convinzione che attraverso i suggerimenti, siano le parole del corpo-vissuto del terapeuta a dare le parole al corpo-vissuto di chi partecipa, affinché possa tradurre ed esprimere la dimensione sensoriale, emotiva ed immaginativa dell'esperienza, pur astenendosi da ogni interpretazione. Si ha modo inoltre di sperimentare l'immediatezza dell'impatto e le sue conseguenze, sfiorando i caratteri di un'esperienza profonda, proprio laddove la parola incontra il corpo, vale a dire "medicina e psicanalisi si affrontano e si incontrano, poiché l'approccio sempre più pervasivo ed efficace della prima, lascia sempre un corpo opaco mentre la seconda lo reinveste dopo averne preso distanza" (Sapir, 1980). Possiamo considerare che all'interno del contesto dell'ambulatorio medico, caratterizzato sovente dalla percezione asimmetrica dei ruoli, da un particolare stato psicologico, possa venir influenzato, di una leggera modificazione lo stato di coscienza del paziente. Il medico induce di fatto, pur senza una chiara intenzione, una condizione di maggiore calma e rassicurazione, di positività e di fiducia, attraverso l'atteggiamento individuale e l'utilizzo di semplici parole, producendo importanti benefici. Avviene quasi sempre, ad esempio, quando il paziente si è dichiarato soddisfatto dell'incontro con il proprio medico, anche se non può aver tratto, per vari motivi, niente di oggettivamente "terapeutico". Un'attenzione focalizzata da parte del medico, e dello psicologo, sulla persona del paziente, favorisce l'instaurarsi di un breve ma significativo stato

regressivo, di fiducia e di affidamento, non dissimile da quanto accade a chi lascia che le parole del conduttore lo possano guidare, alla ricerca di qualcosa che è in sé, inconsciamente. L'attenzione nei confronti dell'altro, assume un'importanza straordinaria nella pratica medica e psicologica, permette di andare oltre nella osservazione e nell'ascolto, genera comunque conseguenze.

Vengono raccolti i contenuti dei partecipanti, le loro considerazioni e riflessioni, indicati genericamente da un ordine numerico, con alcuni commenti del conduttore.

Partecipante 1 – È diventato naturale avere un respiro ritmico, mentre prima non l'avevo, nello stesso momento era difficile lasciare il paesaggio, nella fantasia mi ci ero portata anche una sdraio perché non volevo stare in piedi. L'esperienza mi ha colpito perché è la prima volta che sento prima la difficoltà e poi… è ancora rimasto, questo respiro piacevole e ritmico.

P. 2 – Io avevo già fatto altre volte questa esperienza ed è cominciata con questa visualizzazione, una cosa stranissima, ho visto uno di quei quadri di Dalì in cui ci sono quegli orologi che si spalmano, è lì che ho perso il contatto poi, con il tempo, mi è sembrato… sono uscita un po' dalla realtà, comunque molto piacevole. Secondo me dovrebbe essere una cosa da fare spesso, perché noi abbiamo sempre una limitazione sulla coscienza del corpo, che è strettamente collegata al nostro benessere, anche psicologico, emotivo, oppure si finisce per stare male.

P. 3 – All'inizio avevo un pò di dolore di schiena e poi mi sono rilassata. Le parole erano molto invitanti, ma non è che le ho sentite tutte… poi, improvvisamente mi è venuta l'immagine di essere sull'acqua; ero su una zattera sull'acqua e mi sono sentita proprio mancare, però come senso di benessere, non negativo. Evidentemente poi, non stavo più ascoltando le parole, ne sentivo solo la musica e mi sono sentita sprofondare, ma sempre in senso positivo, in un tunnel, una specie di voragine dove io ero sempre su questa zattera e a volte mi dicevo: non mi voglio addormentare e allora mi risollevavo un pò, però ero sempre così, cullata in questa atmosfera particolare. Poi, ho sentito un po' di movimento e allora ho pensato che … tu avevi parlato all'inizio del toccare, allora, a quel punto, il cor-

po l'ho sentito pulsare nell'attesa e avevo le mani che pulsavano, il cuore e poi… invece, il senso di benessere quando hai messo la mano sopra la fronte e ho detto: vedi cosa vuol dire quando metti la mano sul paziente, sempre sulla testa, come la mamma, sulla fronte, come quando hai la febbre. Dopo però, quando ho sentito anche gli altri, ho avuto la necessità di spostarmi e di ritrovare un'altra posizione perché non ero più sull'acqua, ero già più presente e quindi, piano, piano, ho fatto i movimenti di risveglio.

P. 4 – Io non amo questo tipo di rilassamento e quindi a me sembra di non aver mai perso il controllo della situazione, di non essermi mai persa, tranne un brevissimo momento. Un po' prima dell'evocazione del paesaggio, mi sono persa nella visione delle scarpe, che sono una mia passione, in particolare ho visto un paio di scarpe leopardate, poi… su suggerimento dell'immagine, mi sono ritrovata a Lampedusa, un posto che amo, dove, in una spiaggia particolare, ho rivisto il paesaggio effettivamente, però è stato molto breve, molto piacevole, anche se brevissimo.

P. 5 – All'inizio anch'io avevo un pò di rigidità di ossa e sentivo pulsare il cuore, a un certo punto non l'ho più sentito e mi sono rilassata e ho avuto la sensazione … come se partisse una specie di vortice da qui e potesse la mia testa uscire. Ho lasciato lì il corpo e sono andata sul Colle di Talamonaccio, un posto che amo moltissimo, vicino a Talamone, sul mare, dove c'è un tempio al Sole, degli Etruschi, dove io sono stata una volta, poi vado spesso lì al mare per cui ci ritorno e quello è un luogo in cui io mi sento paesaggio. Sono andata lì e c'era un bambino, di non so di quante migliaia di anni fa, che con una manina toccava la pietra di questo tempio, io ero lì e c'erano tutte le mani di tutte le persone su questa pietra, compresa la mia, anche se io non ero una persona, ma ero vento, sole, caldo, quando ho sentito le mani, che non avevo capito, tra l'altro sono un po' sorda, mi è sembrato di poter parlare con chi le metteva.

P. 6 – Per me era la prima esperienza, questa fase di rilassamento è stata assolutamente piacevole, non so se sono riuscita a perdere il contatto, forse no. La parte più emozionante è stata la mano, che anch'io non avevo ben capito che ci sarebbe stato questo passaggio, quasi un attimo di sconcerto e di stupore, poi mi è venuta in mente

l'idea, forse romanzata, del passaggio della conoscenza, questa è stata l'immagine che ho avuto.

P. 7 – Io avevo come termine di paragone, il rilassamento che faccio a yoga, tutte le settimane e la differenza era che stavolta mi arrivava una voce maschile, questa cosa mi piaceva tantissimo. La voce, che un pò purtroppo si perdeva nell'acustica di questa stanza grande e io sentivo proprio questa cosa primitiva di aggrapparmi a questa voce e farmi portare, come una specie di latte che entrava, questo filo che appare… non fare più niente e seguire questa cosa. Le sensazioni del corpo, mi succede sempre con il rilassamento… mi sembra che le mani siano in un'altra posizione, mi sembra come se si alzino, eppure so di averle in terra, però sembra come se si alzino. L'immagine che ho poi visto, è un'immagine che non so da dove mi viene, credo sia l'immagine dell'anima, che vedo sempre, a volte l'ho anche disegnato: questo fiume con questo grande albero, un pò più dentro alla foresta e mentre ero lì che mi rilassavo, nei momenti in cui perdevo un pò la voce e ritornava il pensiero, mi è venuto in mente: io voglio metterlo su internet questo disegno e devo trovare qualcuno nel mondo che mi mandi una foto di questo posto, che io scopra dov'è questo albero, su questo fiume e lo trovi.

P. 8 – Quando abbiamo fatto gli esercizi di risveglio, mi è venuta prima l'idea di chiudermi e quindi ho visto tutto chiuso, mi sembrava di essere un seme, una palla chiusa, poi mi sono distesa e mi è venuta voglia di fare la distensione che fanno i gatti quando si svegliano, dico: com'è bello distendersi come fanno i gatti, questo mi è venuto in mente, comunque è bello questo prendere coscienza del corpo.

P. 9 – Sono andata in un posto panoramico che mi piace molto, all'isola d'Elba, c'erano delle nuvole come quando deve piovere o è piovuto, d'estate… molto limpido, era una cosa irreale perché c'erano i palazzi di Piombino che erano troppo vicini, questo è strano e allora ho spostato un po' lo sguardo ed ho visto, come fosse una carrellata, un cielo limpidissimo… è comparsa una nave che era in porto e che stava per andare via, è comparso un gabbiano, è comparsa dell'animazione. La cosa che mi ha dato poi calma è quando ripetevi: siete in un posto di massima sicurezza, distesi per terra. Lì è successo qualcosa, proprio non riuscivo a venir via, io sono sem-

pre abbastanza poco calma per cui dopo un po' dico: ok, l'ho visto me ne vado, invece non potevo. La tua mano sulla fronte è stata come un dire: bisogna che tu ricordi, come se mi avessi indotta a fissare quel momento e allora ho preso la sdraio, ho pensato: perché ci devo stare in piedi a vedere questo panorama; ci posso stare su una sdraio di quelle da mare, prima ho pensato di mettermi a sedere in auto perché senz'altro ero andata in auto. È comparso qualcosa nel paesaggio, non ero più sola, stavo più comoda e mi sono come ancorata all'immagine e vedo che faccio fatica ancora a liberarmene, cioè, vi ascolto, ma vi ascolto da lì.

P. 10 – Volevo solo dire della mano, sempre questa cosa molto sul maschile, cioè, che a questa mano se avessi potuto gli avrei detto: *pigia*, volevo proprio sentirla forte, la forza di questo contatto.

Martellucci – Pensavo necessario permettere ad ognuno di voi di vivere la propria esperienza, a partire da ciò che era già inscritto nella propria corporeità, magari già sperimentato con altre metodiche. È comunque sorprendente osservare come, nel tempo relativamente breve dell'esperienza di rilassamento, siano affiorate tematiche così interessanti, sia nella connotazione di contenuto, sia nella connotazione di valenza simbolica e di significato, in riferimento alla propria storia personale. Sono sensazioni e immagini straordinarie e intense facilitate, nel loro emergere, proprio dalla dimensione comunicativa non verbale, che guida l'intera esperienza. Sembra infatti che le parole della conduzione le abbiate colte solo in parte; alcune parole ne hanno richiamate altre, ed alcune sono state perdute, ma voi avete seguito comunque il senso dei suggerimenti. Possiamo ritenere che gli aspetti non verbali della comunicazione, siano importanti per trasmettere e acquisire informazioni circa la personalità degli individui, comprensiva dell'introversione, dell'intelligenza, delle credenze, dei valori e delle esperienze passate.

Nella libertà che è stata sperimentata all'interno del metodo, si è quindi reso possibile un accesso al patrimonio di esperienza personale, di impressioni, di ricordi che hanno una qualche impronta profonda dentro il proprio Sé, avendo sentito di potersi fidare, di potersi lasciare andare, di sentirsi sicuri nel lasciare accadere.

La particolare condizione del rilassamento, richiama a certe modalità di contatto con i propri pazienti, di interazione verbale ma

anche fisica ad esempio durante la visita medica, di ascolto empatico e della particolare attenzione che prestiamo agli infiniti segnali del linguaggio corporeo. Contesti nei quali accadono eventi in larga misura inconsapevoli, ma di rilevanza maieutica straordinaria, sui quali spesso non ci soffermiamo, ma che sappiamo dotati di significato e di valore, capaci di condizionare l'intuizione della diagnosi ed il processo delle cure. Permettere al medico di entrare nella propria sfera di intimità, richiede per il paziente la possibilità di fidarsi di lui, di lei, come medico e come persona verso la quale si nutre rispetto e stima. Quando entriamo in contatto con i propri pazienti, attiviamo inconsapevolmente dei processi che si collocano su un livello di contenuti interni, di immagini di pensiero, di simbolizzazioni, di storia vissuta. che andiamo in qualche misura a suscitare, a stimolare, a mettere in movimento.

Quali riflessioni vi ha suscitato il racconto degli altri partecipanti?

P. 11 – Io non ho grandi problemi a raccontarmi, però qui mi trovo ancora di più a mio agio e sento che anche gli altri non ne hanno. Ci conosciamo precisamente da un anno, la maggior parte di noi, anzi quasi tutti e però è facile dire queste cose, in un altro contesto non lo sarebbe sicuramente. Quindi, questa fiducia e questa sensazione di essere qui, in un posto sicuro dove ci si può aprire e ho pensato anche: come si farà quando finisce?

P. 12 – Quando si dice che nominare le cose con il loro nome fa diventare realtà, nominare diventa realtà, mi domando come mai questo gruppo, senza nulla togliere ovviamente alla vostra bravura di accoglienza e di creare gruppo, sta bene insieme nei dodici giorni, c'è questo clima di felicità, di non darsi troppa noia, di volersi più bene. Un clima che veramente si costruisce da solo e mi è venuto in mente che forse fare un corso sull'attenzione alla relazione, cioè, siccome facciamo formazione in altri contesti sappiamo che nei gruppi può nascere anche altro, competizione, conflitti, che so, tutte le cose che nascono quando si sta insieme. Allora, mi veniva in mente che lavorare sulla relazione medico-paziente, quindi, sulla relazione positiva, sulla comunicazione positiva, sull'attenzione all'ascolto e focalizzati, centrare sempre con il discorso, che è un discor-

so che si fa discorso, porta effettivamente a una condizione, cioè, il nome diventa reale, diventa la nostra realtà perché siamo qui per imparare la relazione buona e stiamo facendo relazione buona. Non è che faccio un'interpretazione dissacrante tale per cui ora si litiga, però facevo un discorso della cultura positiva, se questo è vero allora può essere vero che noi ci muoviamo con un orientamento, usiamo le parole positive, il pensiero positivo, l'*empowerment*. Se usiamo le parole positive, se usiamo la fiducia piuttosto che la sfiducia, se il passo lo conduciamo sempre in questo modo piuttosto che in un altro, al di là del fatto che gli altri facciano cosa gli pare o non lo facciano, probabilmente costruiamo una cultura di comunicazione buona, del rispetto, della fiducia, insomma, di quello che vogliamo. Riavvolgo il filo dicendo che le cose nominate diventano vere, quindi se cominciamo a dire, per esempio, a un paziente – "ora guarisci, ora guarisci, ora guarisci", insomma, pigiando su questo tasto piuttosto che su un altro, probabilmente il linguaggio si fa realtà.

P .13 – Ormai sono trent'anni che faccio il medico. All'inizio, quando un paziente aveva una neoplasia e andava a fare la chemioterapia, dentro di me pensavo: va bene la fa, però è spacciato, adesso dopo tanti progressi ha molte possibilità. A me fa questa impressione, che io ci metto l'intenzione, cioè, sono convinta che…, quindi incoraggio molto meglio di prima perché sono convinta anch'io che possa… e secondo me funziona anche di più la cosa perché, al di là di quello che posso dire, io sono convinta che lo possa fare e questo lo trasmetto.

Martellucci – Sono ad oggi acquisizioni scientifiche quelle che dicono che se il paziente partecipa ai processi di cura, questi hanno un'efficacia molto maggiore. Se anche il curante è convinto di questo, stimola nel paziente le sue capacità: senza che tu partecipi, io non ti posso curare efficacemente, poiché so che tu puoi fare molto per te stesso o per te stessa. Questo approccio stimola il paziente a farsi comunque maggior carico della sua situazione, a sentirsi attivo e partecipe, forte della speranza di non arrendersi. È così importante che in alcuni presidi sanitari di natura medica e chirurgica, si ritiene che se il paziente mostra di vivere l'intervento previsto in un modo diciamo, "depressivo", viene rinviato ad un successivo ap-

puntamento, anche se perde posizioni nella lista d'attesa, anche se rischierà, ma si accetta di sapere che rischierà comunque moltissimo se il paziente non si pone dentro il processo di cura con tutta la sua volontà. Crediamo che questo principio debba guidare ogni nostro gesto con i pazienti, anche nella specificità delle cure nell'ambulatorio della medicina generale e vale ancor più per il lavoro psicoterapeutico. Da tempo pensiamo che sostenere il paziente a reagire, a darsi da fare, sia la strada migliore per aiutarlo, al fine di promuovere un maggior livello di *empowerment.*

P. 14 – Qui sento che c'è qualcosa che va nella direzione dei neuroni specchio, c'è qualcosa di profondo. Non lo so perché io qui, in dodici giorni parlo, ed in altra parte della mia vita, parlo dopo vent'anni. Ho dei colleghi di ambulatorio a cui mai racconterei quello che racconto a voi, per cui qui c'è qualcosa che va oltre. Io credo che quello che è avvenuto qui e che continua ad avvenire, forse, non so, ma è qualcosa che dà via libera, un certo permesso e stavo pensando ora, dalle parole che diceva lui, quando viene un paziente, noi gli diamo il permesso di curarsi, perché ce l'abbiamo dentro, più che dire: ce la devi fare, direi: ce la fai perché sto parlando con te e passa qualcosa che ti dico che ce la facciamo insieme. Attrezzati, io mi attrezzo e insieme… Che è la stessa cosa quando la gente, in molte famiglie, dice che *non si può morire*, dico: gli possiamo dare il permesso di morire e smettere di curarlo e se riesco a far passare il permesso questa persona finalmente muore… Dentro di me dico: è inutile portarlo in giro, per lui è meglio, come si diceva prima, il piumone caldo, questa stanza, questa gente intorno, piuttosto che dargli un mese di vita in più, trascinarlo in qualche altra operazione, è un permesso che mi do io e dico: se glielo faccio passare come lo sento io forse questa persona anziana o terminale, vive meglio. Non so, sto dicendo cose che mi vengono in mente ora rispetto a come faccio passare il permesso, alcune volte non ce l'ho e infatti non passa, mi arrabbio e andiamo in sfida.

P. 15 – Non credo che siamo qui a imparare la giusta relazione, perché non esiste la giusta relazione, esiste come uno sta in una relazione. Credo poi che ci sia troppo spazio per l'immaginario, sarebbe ora che levasse il simbolico, l'immaginario fa *casino*, dà fiato all'inconscio, l'inconscio sempre ci frega, quindi è pericoloso, ma

questa può darsi che sia una posizione ideologica. Ci sono tre registri: il reale, il simbolico e l'immaginario, altro non c'è. Se stiamo tutto sull'attenzione della verbalizzazione della polarizzazione dell'idea delle cose guidate, stiamo su un registro che è quello dell'immaginario, già c'è tanta virtualità con l'*imaging*, con il corpo dell'altro, può darsi che gli suggeriamo qualcosa che è molto utile per farlo star meglio, basta che sappiamo cosa facciamo, anche per noi stessi. La parola è sempre un mezzo pericoloso, le sensazioni molto di più, anche se le sensazioni, come il dolore, come l'ansia, sappiamo, però che quando le vivi non mentono, è quando le racconti che può darsi che li aumenti. Quando le vivi sono molto chiare, il dolore, ma anche la grande gioia, un orgasmo, è una cosa, però conta l'altra o l'altro come lo vive. Però non c'è rapporto sessuale, il che non vuol dire che non c'è copula, ognuno gode a modo suo e all'altro gli fa credere quello che è più utile, qui siamo su un campo molto *hard* in tutti i sensi. Nella relazione con il paziente non lo so qual è la cosa giusta, certo conosco come ci sto io nella relazione e eticamente intanto difendo lui da quello che gli porto io, per esempio, la paura della morte, del dolore, io devo sapere come ho paura di queste cose e a lui non lo deve riguardare, devo cercare di ascoltare lui. Quindi tutte queste cose che abbiamo detto, morire a casa è sempre e comunque un bene, dipende, vediamo, che famiglia c'è, eccetera, se uno deve riuscire a morire stando in quella relazione, con quella madre o con quel padre, anche fino alla morte, può darsi che muoia meglio in ospedale, non c'è nulla di vero in assoluto.

P. 15 – In qualche modo il paziente usa il linguaggio sul quale crede di essere ascoltato meglio, nel senso che crede diversa l'aspettativa di chi lo riceve. C'è un lavoro dell'immaginario per cui il paziente immagina che l'altro, in quanto internista o psichiatra che sia, ti ascolti se gli dici proprio le cose che ritieni interessino il medico internista o lo psichiatra. Allora, tutto ciò che teoricamente viene prima della codificazione verbale, lo esprimi secondo un linguaggio verbale che sta più nell'onda di sincronizzazione su cui credi che l'altro possa aspettarti.

Martellucci – Possiamo ritenere l'immaginario del paziente così come quello del medico e dello psicologo, parte integrante della relazione, poiché comunque, consapevoli o meno, è l'immaginario

che pervade la maggior parte delle relazioni professionali. Credo che l'esperienza di rilassamento possa offrire spunti importanti di riflessione,anche a partire da queste considerazioni.

Il vissuto corporeo traduce in espressioni e linguaggi quanto si è venuti a sperimentare, fantasmatizzare, scoprire, elaborare, aspirare ad ottenere e attuare all'interno della comunicazione mediata corporalmente, all'interno di un modello olistico di comprensione dei fenomeni. Enid e Michel Balint (1961), ricordano come l'acquisizione di una certa capacità psicoterapeutica del medico, sia inseparabile dall'aumento dell'autocoscienza e dell'autocontrollo.

L'esperienza dell'Autodistensione, contribuisce all'instaurarsi di quella "limitata ma non trascurabile modificazione della personalità", che si riconosce come finalità essenziale della formazione balintiana. Negli anni sessanta si riteneva che la psicoterapia del, ovvero attraverso, il proprio medico trovi avvio e consistenza, nell'esame delle risposte emotive, suscitate nel medico dal paziente stesso. Dopo 60 anni e cambiamenti profondi di cultura e di pratica della medicina generale, crediamo che la dimensione emotiva, all'interno della relazione medico-paziente, costituisca a tutt'oggi una dimensione irrinunciabile di conoscenza e generatrice di significati che sono il cardine essenziale di gran parte del lavoro medico ed in generale dell'arte della cura. Quanto deve essere consapevole, il medico così come lo psicologo, di queste risposte emotive se la scoperta di queste risposte diventa parte integrante dell'attitudine psicoterapeutica del medico e dello psicologo? Scrive M. Sapir, che il rilassamento, in senso psicanalitico, avviene attraverso un contatto diretto in cui la parola raggiunge il corpo; il fine cui si mira è quello di una modificazione del sé, operando delle modificazioni profonde nella relazione con gli altri, una fondamentale *apertura* (in: Speziale-Bagliacca, 1980). Permette infatti di riconoscere e comprendere come i vissuti corporei risultino componenti essenziali dell'incontro medico-paziente, cercando di identificare le condizioni specifiche dove questi vengono suscitati, identificati, rimossi, negati. Poiché "il corpo vivente non *è in sé* come l'organismo, ma sempre per *qualcos'altro da sé*" (Borgna, 1983), all'uomo si dà una storia che poi coincide con la sua esperienza corporea ed il corpo è la modalità del proprio apparire.

Il corpo-a-corpo medico-paziente

Già nel suo testo chiave, M. Balint (1961), poneva la questione che viene posta al gruppo, del: *perché spesso, nonostante i più sinceri sforzi che fanno il medico e il paziente, il rapporto risulti insoddisfacente e causa di infelicità*.

Alla ricerca di una possibile risposta, si cercherà di focalizzare l'importanza di quanto la loro pratica professionale sia influenzata da un orientamento "filosofico", che aiuti a riconoscere ed a riflettere se esista attualmente una dimensione del corpo-a-corpo medico-paziente, come uno specifico carattere della relazione. Federspil ed al. (2008) aderiscono ad un concetto di filosofia della medicina concependola "come un'analisi epistemologica del sapere medico oppure come un'analisi dell'agire medico", ma anche come una filosofia che affronta il problema dell'uomo nel suo complesso, cioè della persona umana, configurandosi come un tipo particolare di antropologia. Ci chiediamo se, per i medici di medicina generale e per gli psicologi, si ritenga necessario occuparsi consapevolmente dell'orientamento filosofico che sottende la propria attività professionale. Se mai si ritenga, ad esempio, che possa avere conseguenze, pensare tutt'oggi l'esistenza dell'anima divisa dal corpo, mente e corpo separati, psiche e soma dell'individuo, pensati come dimensioni irriducibili ad un'unità. Il moderno modello biopsicosociale di G.L. Engel (1977), caratterizza la pratica clinica attuale della medicina e della psicologia? Ne percepiamo la consistenza reale, nei gesti della pratica e nelle ispirazione delle decisioni, in generale, assunte dai medici e dai psicologi? Quando ci poniamo la questione di *che cosa succeda veramente nell'incontro tra medico e paziente,* ci inoltriamo nei processi della comunicazione e della relazione e dei codici che caratterizzano tutti i linguaggi, talvolta insondabili, che vengono utilizzati. Viene spesso osservato come il medico veda innanzi tutto la malattia, piuttosto che il malato, ed è proprio la malattia che rimanda al medico la sua propria fragilità, suscitando il timore "di non poter corrispondere all'immagine idealizzata di onnipotenza che il malato proietta su di lui" [Guyotat cit. da Sapir (1984)].

Contenuti dell'esercitazione ed elaborazione

I partecipanti, disposti in coppie assortite volontariamente, ma preferibilmente costituite da un medico e da uno psicologo, svilupperanno contenuti e riflessioni intorno a questo assunto balintiano. Verrà quindi chiesto di riferire al gruppo, quanto di significativo, di questa esperienza, si ritiene di aver potuto trarre. I numeri che seguono a "P." o "partecipante" si riferiscono anche qui alla serie delle osservazioni fatte dai partecipanti, e non al numero dei medesimi.

Partecipante 1 – La fonte della insoddisfazione e dell'infelicità riguarda le convergenze parallele, si va nella stessa direzione però non ci si incontra mai.

P. 2 – L'altro problema può essere la decodifica da parte del medico del bisogno reale del paziente, il medico si mostra non è in grado di capirlo, e diventa il fondamento di un problema comunicativo...

P. 3 – E quindi anche di diversità tra le aspettative e le risposte fra i due, che come minimo sono quattro, ognuno ha il suo fantasma, se lo porta dietro, ognuno presenta una cosa e si aspetta una risposta su quello che non dice, per esempio, e viceversa.

P. 4 – Metterei l'accento su: *i più sinceri sforzi,* da entrambe le parti, poiché talvolta, non è proprio così. Non darei per scontato che ci siano gli sforzi. Se questi ci sono, tanto insoddisfacente il loro rapporto non sarà.

P. 5 – Se io vedo il paziente come un'unica unità, non posso prescindere da un comportamento che lo mantiene unito; se distinguo psiche e corpo, ho di nuovo una divisione. Se penso ad un mio paziente che venga in ambulatorio perché ha un mal di stomaco, è logico che il mio approccio come medico di medicina generale è all'inizio corporeo, cioè: fammi vedere dove ti fa male, fai gli esami, eccetera. Però, e si torna sempre all'importanza dell'ascolto, se dice: mi è venuto questo mal di stomaco perché l'altro giorno mi sono arrabbiato, allora, per forza devo prendere in considerazione anche l'altra parte.

Martellucci – Porsi domande che tendono a mantenere una visione olistica del paziente, condiziona la relazione con il paziente e la possibilità di andare oltre il sintomo, se necessario. Mi chiedo se

disponiamo consapevolmente di questa matrice "filosofica" che richiama e che riporta all'unità. Qual è dunque, l'ispirazione filosofica del mio gesto, del mio intendere lo scopo ultimo, nel mio lavorare con il paziente? Sembra infatti emergere con particolare forza la necessità di tornare a focalizzare la dimensione filosofica nella medicina, riappropriarsi di quegli "spazi filosofici" che, nel senso di K. Jaspers (1991) "non sono spazio senz'aria … ma aria che dobbiamo respirare per esistere … respiro vitale dell'esistenza" attraverso il quale "l'esistenza parla da un'origine profonda". Sembra comunque esistere una sostanziale diffidenza nei confronti dei vissuti corporei e della corporeità, a vantaggio di una maggiore attenzione alle componenti tecnologiche della pratica medica e di modelli organizzativi dove i vissuti, pur ovviamente esistendo, non hanno modo di essere raccolti, analizzati, valutati, all'interno dello stesso paradigma clinico. La vicinanza al paziente e del paziente, la semplice attenzione che gli viene rivolta, contribuisce a realizzare appieno i fattori comunicativi e terapeutici della relazione, contribuisce a definire e modificare il contesto dell'incontro – potremmo dire che il contesto è anche contesto vissuto del corpo vissuto. Scrive U. Galimberti (1983): L'uomo non si progetta solo nella fatticità (nella naturalità) del suo corpo-Korper (un corpo-oggetto) ma anche nella libertà del suo corpo-Leib (un corpo vissuto o vivente). Se questo avviene, se la coscienza intenzionale immerge il corpo in un movimento di radicale donazione di senso, il corpo si destituisce della sua fatticità e si trasforma in soggetto di esperienza. Nella medicina generale, è il corpo vissuto che racconta la storia dell'individuo-paziente all'interno della relazione e la corporeità del paziente e del suo medico, si inscrive nella relazione laddove "la *percezione biografica* costituisce il fondamento di nuove conoscenze" (P.A. Masullo, 1992).

P. 6 – Direi che già nell'approccio verbale c'è per forza la decodifica di un messaggio: il paziente ha una sua cultura, un suo linguaggio, una sua gestualità, un suo modo di esprimersi, che il medico, nel momento in cui deve decodificare questo messaggio, deve tenere in considerazione. Lo deve, forse qualche volta non lo fa, ma se non lo fa non fa il suo mestiere, è distratto, non capisce. Se si parla di comunicazione e se il medico deve ascoltare quello che il paziente gli dice, per forza deve tener conto dei vari linguaggi, con

cui il paziente si esprime.

P. 7 – In certi casi è ancora più importante di altri; per esempio, nella relazione con il paziente terminale. Sicuramente in quel caso, l'approccio che abbiamo con il paziente è diverso, in particolare se sappiamo in che cosa il paziente crede, in che cosa spera; se pensa a un aldilà, se non ci crede e qual è la sua concezione della vita. È allora che subentra la funzione apostolica di Balint?

Martellucci – La funzione apostolica è espressa dal ritenere di sapere sempre, che cosa va bene per l'altra persona, una convinzione che può connotare profondamente i nostri gesti. È dunque utile focalizzare, come la posizione personale del medico, la sua personale ispirazione, influisca nell'orientare l'approccio col paziente. L'attenzione alla dimensione filosofica, ed anche psicologica, nella professione del medico, suona sovente come estranea, qualcosa di cui si può parlare ma di importanza trascurabile per una buona pratica clinica. Eppure ciò che pensa il medico e lo psicologo relativamente all'Altro da sé, quando incontra il paziente, costituisce un elemento cardine, capace di orientare, di guidare, di permettere non solo la profondità relazionale ma anche, di conseguenza, la pertinenza, l'efficienza, la qualità degli interventi, quasi mai confinati all'aspetto strettamente tecnico professionale. In un senso ampio "si riconosce che il singolo organismo si trova in continua interazione col suo ambiente fisico e sociale, può agire su di esso e modificarlo" (F. Capra, 2000). L'atteggiamento professionale di alcuni medici sembra ricondurre il corpo dei propri pazienti al modello di corpo-macchina, di cartesiana memoria, come non possedesse comunque una storia biografica, come se la malattia colpisse nel presente e poco contassero le vicende con il passato, il rapporto con i familiari o con l'ambiente di vita, pur riconoscendo nelle indagini e nelle cure che prescrivono, la sofisticata complessità del suo funzionamento.

P. 8 – Io mi sono trovata in difficoltà, all'inizio della professione, perché penso che proprio nella facoltà di medicina, almeno quando l'ho fatta io, mancassero gli elementi ed i valori di cui parliamo. Mi sono trovata sbattuta in un reparto di neurochirurgia, quindi, in situazioni molto difficili e ho visto intorno a me la fuga. Questo mi è rimasto impresso: i miei colleghi, anche più anziani, che avevano già

sulle spalle anni di lavoro, di fronte a delle situazioni difficoltose di fine vita, si davano alla fuga, psicologicamente ed anche proprio fisicamente. È un problema che mi sono posta subito: qui mi manca qualcosa, mi manca tutta una parte, una preparazione mia che forse poi mi sono abituata a riflettere così, per via di altre cose. Effettivamente però penso che manchi questa preparazione, non solo tecnica, ci vuole una preparazione un po' più profonda.

P. 9 – La filosofia non è una cosa così astratta come si può pensare, perché la filosofia è un interesse, un amore per il sapere e che sia un sapere corporeo, di conoscenza, è comunque una conoscenza e quindi questo anelito a voler capire, a voler indagare. Non è solamente un discorso astratto dell'anima, eccetera, ma è anche un senso della vita, di una conoscenza, di quello che ho, sia sotto i sensi, ma anche al di là dei sensi.

P. 10 – Quindi, la riflessione a cui ci inviti è ontologica e epistemologica, la ragion d'essere è il metodo attraverso il quale si sviluppa questa presenza.

P. 11 – Questa parola, *filosofia,* mi ha fatto venire in mente qualcosa che riguarda il mio lavoro. La mia prima laurea in effetti è stata in filosofia, anche se non ricordo quasi più nulla dopo vent'anni, e non mi pare di usare la filosofia più di tanto. Mi sono chiesta però: in che senso uso una filosofia? Sicuramente, nel nostro lavoro di psicoterapia, il modello è di ispirazione filosofica. Si tratta di usare un modello psicodinamico basato sull'idea di inconscio o un modello cognitivo – comportamentale basato su altro.

P. 12 – Se decidessi di fare il medico secondo quanto ho imparato all'Università, ovvero di occuparmi del corpo e dei vari organi e quando ho un paziente davanti, pensare solo a quello, non riuscirei a andare avanti. Benché pensi che sia forse più facile per me, perché è un terreno più conosciuto e più tranquillo perché poi posso fare vari esami, affrontare i sospetti diagnostici, avvalermi di specialisti, però per quanto mi riguarda non è sufficiente. Secondo me, l'approccio filosofico all'unità dell'essere è più importante.

Martellucci – Nel proprio lavoro con il paziente, si possono identificare senza difficoltà le matrici del nostro personale approccio "filosofico", che mettiamo in opera, senza avvertire il bisogno di riflet-

terci, semplicemente comportandosi, nelle specifiche personali modalità. Strettamente legati a queste considerazioni, i concetti di *erklären* - spiegazione di un fenomeno, per cui il corpo del paziente è considerato solamente come organismo con il conseguente trattamento dei sintomi; rispetto al concetto di *verstehen* – comprensione, laddove ci colleghiamo al corpo vissuto e quindi al trattamento dell'unità del sé (P. Cattorini, 1986). Ovvero, raccogliamo sintomi e ci concentriamo esclusivamente sulla dimensione del capire questi, all'interno di una cornice diagnostica di malattia; oppure consideriamo anche la prospettiva offerta dai vissuti di questi sintomi, per una comprensione più profonda del loro significato, all'interno dell'unità di sé che l'individuo ci offre?

Vorrei porre adesso alla vostra attenzione la questione se, all'interno della pratica medica attuale, ancorata alla cultura tecnologica, si possa ancora parlare di corpo-a-corpo medico-paziente, secondo la suggestiva definizione di Sapir (1984). La semeiotica medica praticata attraverso la visita, risulta sempre meno praticata e la pratica psicologica troppo spesso trascura che il paziente non è solo "mente" ma ha una sua corporeità, in relazione, attraverso la parola ed il contesto. Quello che viene espresso dalle persone che lavorano attualmente in reparti ospedalieri, raccolto recentemente all'interno di eventi formativi, sembra dire che il paziente sta letteralmente scomparendo, ricondotto a ciò che lo identifica in una tipologia di malattia, a partire da bisogni e da sintomi. Sulla base di una dimensione fortemente tecnicizzata, sempre più pervasiva, da una imperante etica economica e dal massiccio utilizzo di protocolli *evidence based*, il paziente tende appunto a venirne assorbito fino a scomparire nella sua soggettività. Lo stesso funzionamento mentale dei pazienti, viene ricondotto ad una serie di reperti perfettamente narrati, ad esempio, in sofisticate Risonanze Magnetiche Funzionali che, rispondendo a precise esigenze diagnostiche, sembrano assolvere già compiutamente l'imprescindibile esigenza di conoscere il paziente nella sua più complessa individualità.

P. 13 – Corpo-a-corpo mi fa venire in mente una lotta che, se continuo a immaginare questo concetto, vedrebbe vincente il medico, per esempio, nell'ambito ospedaliero. La mia formazione mi riporta al fatto che al momento che il mio ammalato era il numero di

letto diciannove, in un reparto ospedaliero o chirurgico o medico, il malato fa tutto quello che il medico ordina e quindi non esiste lotta. Esiste uno che comanda e uno che esegue e quindi, il concetto della comprensione del corpo del paziente e del capire la malattia, diventa propriamente il campo comunque predominante di successo o insuccesso del medico, dove il paziente come soggetto, non lo vedo più . Il fatto cioè di risolvere una malattia è interamente un merito del medico che dal sintomo scopre la malattia, la cura, qualche volta la guarisce, qualche volta no, però è un evento del medico.

P. 14 – Del paziente abbiamo sempre più dati tecnici, fotografie, eccetera e sempre meno viene tenuto in ospedale dove, *toccata e fuga*, entra la sera, viene operato e il giorno dopo viene rimandato a casa e, di fatto, non lo conosce nessuno.

P. 15 – Mi viene in mente di quando medico dice al paziente: senti, noi vorremmo farti questo esame, tu non lo vuoi fare. Io ti domando: mi spieghi perché e di cosa hai paura? No, bene, non mi firma? Non lo fa più. Questo rompicoglioni è venuto a occupare il letto, il tempo, eccetera, si levi dalle scatole. Tante volte non vogliono insistere a spiegargli, non viene nemmeno concordato con il paziente quello che deve fare, che potesse essere concordato. Si dice: guarda che tu devi fare una risonanza magnetica e quello dice: no, io dottore ho paura, non voglio entrare nel tubo, non lo voglio fare perché mi viene l'ansia. Mica ti domanda: ma come mai? No, dice: va bene, non lo vuol fare; allora guardi, mi firma qui la cartella e domani può andare a casa.

Martellucci – Fortunatamente le situazioni non sono sempre e solo così, però la percezione che abbiamo è che ci sia una sorta di disorientamento, che deriva da una sorta di sfida della medicina che cambia, venendo come a contrapporsi istanze umanistiche ed approcci rigorosamente scientifici. L'impressione di sottrarre il paziente alla sua corporeità, sembra implicare un collusivo distanziamento "umano" a favore di una pratica ispirata da una grande massa di informazioni, preziose, essenziali, capaci di guidare i comportamenti del medico, di per sé. Eppure si ritiene che il medico debba anche ascoltare il suo paziente al fine di suggerire soluzioni, vantaggi e rischi che possano renderlo partecipe ed artefice, di quanto viene de-

ciso per la sua cura. Si osserva che per il medico vale quanto M. Heidegger (2000), descrive magistralmente, quando asserisce che: "Parlare è dire = mostrare = lasciar vedere = comunicare e corrispondentemente ascoltare, sottoporsi ed ubbidire ad una pretesa, ad una pretesa assentita, corrispondere". Il paziente sempre più informato del suo stato di salute o di malattia, pone domande al proprio medico, che richiedono risposte comprensibili anche se talvolta complesse, distanti dall'esperienza descritta da L. Tolstoj (2008) ne: *La morte di Ivan Illich*, quando il malato chiede: "Ditemi, dottore, in generale, questa malattia è grave oppure no?" Il medico lo fissò severamente… "Vi ho detto, signore, tutto quello che ritenevo utile e ragionevole che sapeste". Vorrei considerare inoltre come ultimamente si parli molto dell'importanza del *disclosure* del medico durante la sua pratica professionale. Il fatto cioè che sempre più spesso i medici, in particolare di medicina generale, parlino di sé, della loro vita personale, ai loro pazienti. Una persona, molto anziana, di buona cultura, nell'occasione di una consulenza specialistica, raccontava recentemente come la domenica il responsabile del reparto di medicina universitaria dove era stata curata, la andasse a trovare a casa, per "parlare un pò", senza avere legami di parentela o interessi di qualche genere. Situazioni particolari evidentemente, che fanno comunque riflettere sull'importanza e sulle valenze molteplici dell'incontro tra il medico ed il suo paziente. Un incontro centrato sul paziente ma anche sul medico stesso che, nel contempo che svolge la sua professione, argina quella condizione di solitudine che molti medici lamentano, nonostante i nuovi modelli organizzativi della medicina generale, e che viene genericamente ricondotta a fenomeni di *burnout*.

La visita medica, nella medicina generale sembra connotarsi massimamente della dimensione maieutica del corpo-a-corpo. Mi richiamo a Borgna (1983)che cita un pensiero di L. Binswanger risalente al 1934, rivolto ai medici, che dice: "devono non solo sapere che l'uomo *possiede* un corpo, e come questo corpo è fatto, ma anche che egli è sempre, in qualche maniera, corpo". Questo non significa solo che l'uomo sempre vive corporalmente, ma anche che egli permanentemente con il corpo parla e si esprime". All'interno della relazione medico-paziente, si pone dunque il tema centrale

della intersoggettività, proprio di una medicina antropologica che si colloca al centro della propria indagine e della propria pratica ed ha la sua radice nel *patico*, nell'instaurarsi dell'intersoggettività, in cui si riconosce anche il momento dell'azione terapeutica, il suo strumento e la sua finalità (S. Montefoschi, 1977).

P. 16 – In questa formulazione del *corpo-a-corpo,* sento un richiamo a qualcosa di più reale e meno virtuale, che riguarda la relazione medico-paziente. Il problema è che quando il paziente comincia a pensare a se stesso come una realtà virtuale, presenta qualcosa di ideativo, di fobico o ipocondriaco, idee e non sintomi fisici, il medico viene scotomizzato, esce di scena. Subentra allora l'esigenza di tornare a toccare il paziente, parlarci, ascoltarlo, partendo da un incontro fisico. Racconto di un mio paziente albanese che va ultimamente al Pronto Soccorso, come al supermercato, sette volte sette. Lamenta scosse elettriche, gli hanno dato dieci gocce di Valium, però lui continua a *non essere capito* e ci va di nuovo. Gli hanno trovato una prostatite. Il concetto è che il medico si fa un'idea, decide rispetto a questa idea, la sostanzia con qualcosa di tecnico – scientifico, produce reperti obiettivi, ma è il paziente che non c'è. Anche noi medici abbiamo bisogno dei nostri pazienti, è normale, ma, questa è la provocazione, abbiamo bisogno del contatto con il corpo dei nostri pazienti.

P. 17 – A proposito di questo, vi segnalo che in questo periodo ho continuamente, in ambulatorio, alcuni tirocinanti prossimi a sostenere gli esami di Stato, indispensabili per praticare la medicina. Noto però, e per tutti è uguale, la totale incapacità a mettere le mani sulla pancia delle persone, non sanno come fare a visitarli, come dire di spogliarsi. Qualche volta i pazienti hanno bisogno soltanto di una ripetizione di ricetta e allora si fanno misurare la pressione. Allora, per avere un contatto con i pazienti, i tirocinanti misurano loro la pressione, che è l'unica cosa che sanno fare benino. Ma li vedo reagire con il panico, perché non sono io a misurarla; gli sale la pressione e mi guardano, volevano che la misurassi io, l'ho capito un pò tardi e non so più come fare per dire ai tirocinanti che la misurerò io.

*Martellucc*i – Riporto l'esperienza legata alla presenza di una ra-

gazza al sesto anno di medicina, partecipante di un corso opzionale sulla relazione medico–paziente, svolto annualmente per gli studenti di medicina dell'Università di Siena. Notevole il livello della sua formazione accademica, disponendo già di un punteggio di 110/110, ancor prima di sostenere la tesi. Le chiedo quali erano le situazioni di maggiore difficoltà nel contatto con i pazienti. Dichiara: "il paziente *mi fa senso,* per cui io non lo tocco". Ho osservato che, quando ha detto *mi fa senso*, è comparso un leggero rossore del volto, come a rafforzare questa sua convinzione. Potrebbe sembrare che il corpo-a-corpo riguardi solo i medici, legittimati a toccare il corpo, ma nella professione degli psicologi esiste un corpo-a-corpo? Nella pratica del lavoro psicodinamico, esiste un corpo a corpo? In che modo? Cosa vi fa venire in mente?

P. 18 – Ho contatto con pazienti proprio come psicologa. Alcuni pazienti sono ricoverati e in qualche occasione mi capita di sottolineare un mio intervento fatto di parole, quindi verbale, con una stretta di mano, una sorta di incoraggiamento, per sottolineare che io ci sono in questo momento di difficoltà. Può avvenire che questo comportamento possa riguardare anche un ricovero in un reparto psichiatrico. Per me il contatto c'è, certo non c'è una visita, quella è destinata al medico internista del reparto, però ci può essere una visita internistica in nostra presenza.

P. 19 – Racconta una paziente che lo psichiatra da cui andava, la visitava tutte le volte, ascoltava il cuore, misurava la pressione, faceva una visita fisica e poi dopo si occupava di altro, sicuramente senza secondi fini.

Martellucci – In questo caso immaginava probabilmente una funzione integrante di attenzione e di cura da attribuire alla visita "somatica"; magari alcune informazioni risultavano preziose ma raccolte comunque da un medico. Vorrei focalizzare ancora l'aspetto *corpo-a-corpo nella pratica psicologica*.

P. 20 – A me viene in mente che apparentemente non vi è un corpo a corpo, per esempio, io non tocco assolutamente i pazienti. Credo però ormai di essermi resa conto che in qualche maniera io somatizzo i miei pazienti, nel senso, per esempio, una cosa che ormai ho notato tante volte negli anni, se io vado a fare una seduta, in una

condizione tipica un po' di raffreddamento, eccetera, dopo un paio di sedute ho la febbre, poi mi riposo e mi riscende, sento che il corpo si affatica. Oppure, mi viene in mente un mese fa, quando dopo aver avuto un pomeriggio pesante, mi è venuta aria nella pancia, tipo colite e, un'altra cosa, ho questa gobba abbastanza pronunciata qui al collo, forse si chiama lordosi . Sono convinta che siano stati vent'anni di sforzo a stare così, in ascolto, protesa verso l'alto. Io così non sto rilassata, ma sto verso l'alto, come se ormai questo avesse trasformato il mio corpo, cosa faccio al corpo dell'altro non lo so, sicuramente il paziente trasforma il mio corpo.

Martellucci – Stiamo sviluppando sapientemente questa tematica. Come psicologi riconosciamo infatti come possa esistere un corpo a corpo con i nostri pazienti, all'interno della pratica professionale, descrivendone in modo chiaro, la complessa natura. Mi soffermerei sul come i processi comunicativi centrati sul linguaggio corporeo, assumano una enorme importanza nel lavoro terapeutico. Avete illustrato in modo efficace come non ci sia verso di sottrarsi coscientemente, alla dimensione del corpo-a-corpo come processo della comunicazione, tanto da produrre una modificazione plastica della propria corporeità, acquisita rispetto alla funzione fondamentale, dell'ascolto dell'altro. Il contatto corporeo attraverso la stretta di mano al paziente, esprime una quantità enorme di informazioni di natura essenzialmente inconscia ma, proprio per questo, sincera, vera, autentica. Alcuni psicologi hanno difficoltà a stringere la mano del paziente o di alcuni pazienti, con un significato del gesto non sempre consapevole. Tutta la complessità della comunicazione non verbale irrompe nel corpo-a-corpo dello psicologo come avviene per il medico: l'espressione del volto, la posizione assunta nelle sedute e la più o meno continua modificazione, anche quelle impercettibili sono colte dai pazienti, assumono una valenza straordinaria. Possiamo dire che la natura del corpo-a-corpo è quella di essere legato ai processi inconsci della mente, in grande misura. Inoltre le caratteristiche del contesto nel quale i corpi, dello psicologo, del paziente si incontrano, contribuisce a definire elementi essenziali della comunicazione, producendo modificazioni psichiche e somatiche che i recenti contributi della neuroscienze hanno dimostrato essere

matrici di reciproca trasformazione.

Semplici rilevazioni elettromiografiche hanno mostrato da tempo, come parametri dello stress che caratterizzano il racconto del paziente, abbiano precisa rispondenza, siano sostanzialmente sovrapponibili, in termini di conseguenze, ad identici parametri dello stress rilevati nel terapeuta, durante una seduta standard. Difficile quindi immaginare il lavoro degli psicologi fuori da un corpo-a-corpo con i loro pazienti e non solo: nell'occuparsi della vita dei pazienti, nel contempo, nel momento avviene di occuparsi della propria.

P. 21 – Quando si pensa a un corpo-a-corpo si pensa all'organo del tatto, però anche tutti gli altri organi, l'occhio, l'orecchio, il naso, quindi hanno chiaramente un potere di comunicazione importante. Non solo osservare il paziente, ma pensate anche a come il paziente mi vede, se ad esempio, ho l'occhio distratto, guardo da un'altra parte oppure cerco le cose mentre l'altro parla e non lo guardo. Il paziente si rende ben conto, a livello forse anche inconscio, che io lo guardo, ma non lo vedo oppure lo vedo, ma non lo guardo.

P. 22 – Ho una paziente che è psicologa e che ha avuto difficoltà ad avere una gravidanza, adesso è al quinto mese. Ieri passò dall'ambulatorio perché doveva prendere delle richieste, all'ultimo momento ne voleva un'altra; lei entra, mi porta questo foglio ed io: allora, Sara come va, cresce la pancia? Lei mi dice: *guardami!* Io non l'avevo nemmeno guardata da quando era entrata, lei se ne era accorta ed era lì, di fianco al tavolo, con questa pancia in fuori, proprio a mostrarmi finalmente questa sua realtà.

Martellucci – Nel corpo-a-corpo in medicina ed in psicologia è lo sguardo che assume una valenza particolare. Proprio lo sguardo caratterizza gran parte dell'esperienza dell'incontro. Vi chiedo: nella medicina lo sguardo ha ancora un potere di scoperta? Considerate abitualmente il potere dello sguardo nel lavoro professionale, sia medico che psicologico? Certamente lo sguardo si connota dei caratteri dei confini del corpo, ad esempio nel porsi sia come "barriera", distogliendosi dallo sguardo dell'altro, bloccando la comunicazione; sia come sguardo "penetrante", laddove la condizione relazionale lo permetta. Uno sguardo distratto, uno sguardo, come di-

ciamo, assente. Se dopo aver dato un'occhiata agli esami medici, portate lo sguardo nello sguardo del paziente potrete raccogliere il senso più profondo della sua domanda, la sua preoccupazione in attesa della "sentenza". Esiste inoltre, una connotazione culturale che influenza l'interazione dello sguardo. Racconto di una ragazza tunisina, in terapia con me, che dice: a me hanno insegnato che non si devono guardare gli uomini in faccia, non era possibile guardare negli occhi un uomo, perché era già un tipo di confidenza culturalmente inaccettabile, e mi sono dovuta adattare quando sono venuta in Italia. Ti può servire conoscere il significato dei linguaggi in uso, là dove ti muovi. Lo sguardo dell'altro lo incontri spesso ed allora devi sapere, per cercare di capire cosa succede.

P. 23 – Mi viene in mente una situazione: c'era un ragazzino che stava di fronte a casa nostra, mio padre lo chiamava *forasassi,* perché aveva degli occhi neri acutissimi, ti guardava così. Rispetto a quello che diceva lei, ho trovato una grande difficoltà quando ho cominciato a usare il computer perché a quel punto o guardi il paziente o scrivi e, nei primi tempi, i pazienti dicevano: guarda solo quel coso lì e non guarda più noi. Allora ho escogitato un trucco, che penso molti di noi adottino: dire a voce alta quello che sto scrivendo, in modo che i pazienti capiscano che sto scrivendo le loro cose, evitando che qualcuno dica: faccia pure, se ha da fare. Una situazione che mi mette in un imbarazzo terribile perché, o si perde il doppio del tempo, se devi scrivere alla fine, quando il paziente va via, o fai così ed allora, se non altro, puoi dimostrare comunque il tuo interesse.

P. 24 – Volevo ritornare al discorso sul corpo-a-corpo, perché nel corpo-a-corpo non c'è un terzo soggetto, c'è il medico a fare diagnosi, ad ascoltare ed a rispondere, usando i suoi strumenti *naturali* ma, la domanda che proviene oggi dai pazienti, è: lei mi ha sentito, ma se non basta, allora la radiografia, allora la risonanza, allora … non si finisce più, c'è un terzo che è virtuale. È lì che è bene considerare l'importanza del corpo-a-corpo, anche come contrasto, poiché quello che c'è nell'immaginario è sempre distruttivo, non è il simbolico, che mette un ordine, all'immaginario non c'è fine. Come rispondiamo oggi? Perché su questo piano, lui mi ha sentito i polmoni, stamani si parlava che ho la tosse e non la tubercolosi, cioè,

noi rispondiamo oltretutto con la tecnica, quindi, ontologicamente, riferendosi a parametri tecnico – scientifici, ma sappiamo che c'è altro. Quando poi ci si affaccia a questo altro, si deve uscire di nuovo e fare un invio perché per riuscire a risolvere, quei maestri sono sempre più rari.

P. 25 – Dai discorsi che si sono fatti finora, sto pensando all'importanza dello sguardo in persone che provengono da un altro paese, infatti ho una ragazzina del Bangladesh, per esempio, che quando la vidi per la prima volta aveva il velo, era tutta vestita di nero e quello che colpiva erano gli occhi neri, anche se parlava benissimo l'italiano. Lo sguardo però è proprio importante, per quanto gli occhi comunicano, soprattutto per tutti quelli che qui da noi, non parlano italiano.

P. 26 – Per me riesce difficilissimo, quando le persone vengono con gli occhiali scuri ... io dico sempre: per favore si può togliere gli occhiali? Perché non si riesce a parlare con uno che ha gli occhiali scuri, è proprio un'incapacità totale per me e quelli che hanno gli occhiali da vista che diventano scuri, e non possono toglierli perché altrimenti non vedono nulla, per me è un incubo.

P. 27 – Ripensando al potere dello sguardo, penso che abbia veramente tanto potere in medicina perché tramite lo sguardo puoi decidere se fermarti a un livello superficiale e quindi farti bastare quello che il paziente ti dice o andare al di là. Ci sono tante persone che apparentemente ti dicono: sì, sì, tutto bene, ma lo sguardo ti mostra che sono tristi, uno sguardo opaco, non brillante. Quindi, da medico puoi decidere di fermarti lì, alla loro comunicazione o provare a indagare per vedere se poi si autorizzano a parlare. Quindi, il potere dello sguardo inteso come una capacità di poter scoprire …

P. 28 – E capita anche che c'è una differenza tra quello che si vede e quello che si dice, cioè, spesso ciò che cogliamo con lo sguardo non corrisponde poi a quello che viene detto.

P. 29 – Il lavoro che facciamo, per esempio, sui disturbi dell'alimentazione, sugli anoressici, su tutte le disfunzioni sessuali, è insegnare a apprendere il vissuto corporeo, e questo ha a che fare con il recupero della sensazione corporea, per poi riconoscere le emozioni. Tutto quel capitolo lì è, per molte persone che arrivano in terapia, estremamente confuso, inesistente o eccessivo, quindi, è neces-

saria una regolazione.

Martellucci – Nella pratica psicologica, in modo particolare, la dimensione dello sguardo è esaltata, cioè, hai il paziente davanti e lo osservi e il paziente ti osserva quando vuole. Tu ascolti e osservi, c'è quasi niente che può sfuggire, se tu non pensi ad altro, il paziente è proprio lì. Lo sguardo descrive benissimo, ed assume per il corpo intero una funzione maieutica, sapendo che guardiamo ed anche ascoltiamo con il corpo intero, naturalmente. Lo sguardo a quel punto diventa una specie di cursore che decidi tu come far scorrere, quanta vicinanza, quanta distanza, per quanto senti tu e per quanto sente l'altra persona.

Riferisco un piccolo contributo personale, relativo ad una mia paziente. Usciva solamente la sera, al crepuscolo, perché il giorno, camminando per strada, le persone potevano guardarla, era indifferenziato se uomini o se donne. Il fatto che la potessero guardare procurava in lei, ogni volta, una ferita essendo, a suo dire, una persona privata della pelle: "lei faccia conto che il mio corpo non abbia la pelle per cui ci sia solo questa carne viva a contatto con il mondo, se le persone mi guardano, mi feriscono fino a uccidermi". Mi preme richiamarvi ad uno scritto di H.G. Gadamer (1994), dove dichiara che il vissuto corporeo è essenzialmente maieutico, tale cioè che non si lascia definire, come accadrebbe per il risultato di un esame, un peso, un colore, una sostanza. È maieutico in quanto fa nascere, richiama, allude, considera, connette. Dice M. Sapir (1984) che vissuto corporeo è di fatto il sentire emotivo, ma anche il dire attraverso parole che toccano e penetrano il corpo modificandolo. Le ricerche neuroscientifiche, offrono contributi sostanziali rispetto al tema che le parole dette in un contesto specifico, alcune interazioni profonde legate ai processi psicoterapeutici, producano modificazioni biologiche, non solo quindi espresse nella dimensione simbolica del mentale.

Eppure, sembra esistere tutt'ora una sostanziale diffidenza nei confronti dei vissuti corporei e della corporeità, a vantaggio di una maggiore attenzione alle componenti tecnologiche della pratica medica. Nel momento in cui un'esperienza di vita si trasforma in malattia somatica, è il corpo vissuto a essere trascinato in una radicale metamorfosi. Ne derivano cambiamenti e vorrei sottolineare come il linguaggio della parola diventi linguaggio del corpo. Le parole del

corpo e il corpo delle parole, richiamano costantemente alla nostra pratica professionale.

P. 30 – Solo come elemento di contatto, nel discorso dello sguardo, ma quante volte ci aiuta a stabilire la distanza giusta, cioè, allontanarsi e non avvicinarsi? Mi veniva in mente una ragazzina di sedici anni, che mi è arrivata da poco in terapia, che ha scoperto questa difficoltà totale al contatto quando facendo danza si è stirata fortemente un braccio. Lei però non può andare dal medico, perché dal medico non si può fare toccare e quindi o guarisce da sé o si tiene il braccio rotto, perché lei non va mai dal medico o dal pediatra. Ho creduto di capire che io, siccome era giovane, invece di darle la mano, l'avrei potuta magari accompagnare, per darle un contatto di saluto, toccandole la spalla. Ma creavo un disastro a questa ragazza, … sì, anche quando lei mi accompagna alla porta è strano. Ho desunto che c'era davvero questa difficoltà e sono dovuta tornare molto indietro, per cui la saluto senza mai toccarla, almeno per ora.

P. 31 – Quando parlavi di corpo-a-corpo mi sono venuti in mente i corpo-a-corpo, nella pratica della medicina, di quanti operatori vengono a contatto con il corpo di una persona malata. Dal momento in cui si chiama il 118, l'infermiere, i medici del Pronto Soccorso, con le interazioni che ci sono tra queste persone e questo paziente. Mi è venuto in mente, inoltre, come lo stesso computer, sia come un corpo, però virtuale, con cui *interloquiamo.* Stando attenti a non allontanare lo sguardo dal paziente che abbiamo di fronte, che in realtà è il solo *corpo vivo.*

P. 32 – Ho modificato dall'inizio dell'anno, la mia modalità di lavoro, con grosse difficoltà. Ora tutto avviene su appuntamento; sul computer ho creato una cartella della "svolta epocale". Mi sono resa conto facendo così, che prima stavo seduta dietro la scrivania: la gente arrivava, si metteva a sedere, poiché la maggior parte del nostro lavoro si svolge in chiacchiere e in burocrazia, tolte alcune volte, che non sono poi tantissime. A volte mi alzavo, ma qualche volta il lenzuolo del lettino era immacolato, non perché non li volessi visitare, ma perché non c'era un motivo, perlomeno secondo me. Il fatto che ora vengano su appuntamento, siccome ho anche un po' questa piccola ansia del tempo, quando vedo che hanno finito un po' di dire le cose da fare, io mi alzo, li accompagno comunque alla porta,

gli do la mano. L'altro giorno qualcuno, dandomi la mano, mi ha abbracciato, dicendo: buon anno, dottoressa! Prima non succedeva; mi viene l'ansia però perché qualcuno prende anche un quarto d'ora, qualcun altro viene e mi dice: sa, doveva prepararmi la lettera per lo specialista, tu fai alla svelta in quei dieci minuti, fin quando vedo che ormai il problema è stato esaurito …

P. 33 – Ci sono un paio di termini che …, intanto ce lo chiediamo noi medici, perché poi c'è lo specchio opaco degli psicanalisti che invece mi fa fare confusione. L'idea è che quando guardiamo …che poi il più delle volte ci interpretano, perché il livello di complessità di tecniche di *imaging* non è che lo possiamo risolvere con un torace o le calcificazioni dell'addome… in qualche modo ce lo decodifica e già leggere tutta la decodifica del neuro o del radiologo è impegnativo: ernie discali, le immagini mediastiniche dei linfonodi profondi… La domanda era: davvero tutto questo rende per noi più vicina la realtà del paziente? Del suo corpo, inteso come portatore di organi e apparati, sì, ma del nostro paziente poi, riferirlo a chi abbiamo davanti … ci può essere un salto. La risposta che comunque diamo come medici di famiglia e che lui a noi ci chiede, è che si aspetta che noi diciamo cosa succede, da chi andrà ancora, … nel percorso, come noi gli staremo accanto, e questo è l'importante. È come se ci fosse un doppio binario di comunicazione con il paziente, uno che è tecnico ed uno personale, corpo-a-corpo dunque, specie per quelli che seguiamo da venticinque anni, ma anche per quelli più giovani. Quando stabilisci questo aggancio, ci tengono perché nessuno glielo dà. All'Ospedale non c'è, lo specialista il più delle volte non lo dà; va dal chirurgo, ha la prostatite…poi, vengono da noi: ma come, io credevo di avere una cosa invece mi ha detto, mi hanno fatto …

Martellucci – Sembra centrale la questione dell'incontro, previsto, poiché programmato. Lo sai già infatti, chi sarà il prossimo paziente ed in qualche misura, va ad occupare uno spazio nella mente. Quando entra nell'ambulatorio, hai già acceso il suo *file* personale e quindi le cose che verranno comunicate, verranno più rapidamente centrate sulla relazione. Il corpo vissuto, nella molteplicità di incontri, si inscrive all'interno di questa relazione, attraverso la comprensione emotiva e l'empatia. L'osservazione del paziente si fa più par-

ticolare e accorta, già orientata verso il comprendere che, in senso balintiano, è comprensione emotiva.

Tracce di corpo vissuto

Viene chiesto ai partecipanti di disporsi in coppie di lavoro, che liberamente si assortiscano. La finalità è quella di raccogliere il pensiero, la memoria intorno al proprio corpo vissuto, attuando il compito di: *identificare tracce di esperienze vissute che abbiano lasciato un segno, una ferita, una cicatrice, un sintomo, un'impronta psichica*. Scrive M. Heidegger (2000): "il corpo ed il suo esser-corpo, vale a dire il suo esser-corpo [Leib-sein] in quanto tale, sono qualcosa di somatico o qualcosa di psichico o nessuna delle due cose?". La convinzione è quella che è proprio l'esser-corpo in quanto tale, possa essere riversato variamente ed in una certa misura inevitabilmente, nelle relazioni della pratica professionale. Il medico ed il paziente, inscritti nella propria corporeità, contribuiscono a definire la modalità con cui *corporalmente* si manifestano, uno all'altro, proprio attraverso "l'insieme dei molti aspetti con cui il corpo si esprime, si da, si manifesta a me stesso, nei vari modi con cui lo esperisco" (D. Cargnello, in: Galimberti, 1983). La funzione del medico diventa quella di tradurre, in un linguaggio accessibile al paziente, questi segni di natura apparentemente misteriosa. Il corpo infatti, dice E. Borgna (1983), si trasforma continuamente da situazione a situazione e, nel corpo vissuto, vi si stratificano il passato e il futuro, sono segnate le esperienze, le sofferenze, le angosce, le gioie, la possibilità della condizione umana, personale. Le percezioni e le sensazioni che derivano dalla corporeità esprimono, annunciano richiamano, suscitano la nostra disposizione al cambiamento. Il vissuto corporeo del medico e le implicazioni emozionali della pratica medica, intervengono a loro modo nelle decisioni cliniche, orientate dalla dimensione emotiva delle interazioni con i propri pazienti ed i loro familiari.

Contenuti dell'esercitazione ed elaborazione

I partecipanti contribuiscono con i contenuti del loro lavoro, a costruire un mosaico di eventi e di esperienze, che induce a rifles-

sioni profonde sulla psicologia della comunicazione tra il medico, lo psicologo ed i loro pazienti.

Partecipante 1 – Parlando insieme, riconosco l'importanza delle parole che, vivendole da paziente, si percepiscono quando un medico le dice. Rifletto a come si sta male quando vengono dette e quindi percepite e intese come sentenze definitive. Da parte mia suscitano una reazione personale: no, non è così!

P. 2 – Ho avuto un primo impatto con la malattia e con l'ospedale, quando avevo poco più di due anni. Ebbi un attacco di appendicite acuta e fui operata il giorno di Pasqua, in un momento in cui le suore non volevano aprire la sala operatoria perché avevano la messa. Mi ha operato un chirurgo che non era veramente specializzato per i bambini. Ci furono una serie di cose per cui questo intervento fu fatto e per fortuna fu fatto perché avevo un ascesso appendicolare. Ricordo benissimo alcuni *flash* di questa cosa: il puzzo d'ospedale, per cui ho tormentato mia madre per anni dicendo: *cento puccio di ospedale*, che era una frase che ogni tanto mi veniva fuori e poi ricordo questa finestra alta, con un fagiolino sul davanzale, con la puntura dentro. Mi facevano le medicazioni da sveglia; a quell'epoca era così e bisognava essere bravi. Credo che questa esperienza abbia segnato moltissimo la mia concezione di malattia, di salute, di ospedale, forse ha anche condizionato la mia scelta di vita. Infatti questa cosa l'ho vissuta in modo quasi eroico, per cui lo strazio di questa ferita, di questa cicatrice bruttissima che mi era rimasta, l'ho sempre un pò esibito. Quando ero una ragazzina ventenne, allora avevo una pancia piattissima e si vedeva molto bene questa ferita, io la mostravo e spiegavo a tutti come mai avevo questa cosa e si faceva un gioco: ci si chiamava tutti, nel nostro gruppo con un nome indiano, ad esempio c'era *Arco che cammina nella notte* perché aveva le gambe storte e io ero chiamata *Pancia straziata.* Questa cosa me la sono portata dietro per tanto tempo.

P. 3 – Io ho una traccia di un incidente di motorino, in un periodo particolarmente difficile della mia vita. Subito dopo la laurea, avevo deciso comunque di lasciare la famiglia, di sposarmi. Come conseguenze mi è andata benissimo, nel senso che ho riportato solo una lesione a una vertebra, ma per come poteva andare...considerando che non ho toccato assolutamente i freni, rispetto a una mac-

china che mi è entrata in mezzo! Sono poi stata male, perché la lesione non fu diagnosticata in sede di Pronto Soccorso, ed io la sera mi sono ritrovata a casa. Mi avevano dimessa subito nonostante avessi avuto, anche se leggero, un trauma cranico. A casa, neosposina, al quarto piano senza ascensore, comportò una tragedia durata tre mesi. Però questa esperienza forte del corpo è come se mi avesse fatto percepire l'appartenenza di un mio vissuto. L'esperienza che ho fatto di me stessa con questa grossa frattura ha comportato un momento di frattura anche del percorso di vita, così importante in seguito.

P. 4 – Io ho avuto come esperienza professionale, contatto con alcune persone, giovani, paraplegiche. Per la prima volta ho incontrato la loro realtà e anche se mi parlavano spesso delle barriere architettoniche, di tutte le difficoltà che potevano comportare, il mio approccio rimaneva mentale. Poi mi sono rotta una gamba e sono stata quattro mesi su una carrozzella, non potendo neppure appoggiare il piede. Ho pensato che c'era stato un motivo, cioè, interrompere un certo tipo di atteggiamento verso il lavoro, la famiglia, tutta una serie di cose che io da sola non riuscivo a fare, quindi, ho voluto interrompere l'appoggio sul terreno, traumaticamente. Quei quattro mesi lì, mi hanno cambiato dentro qualcosa, perché mi hanno permesso proprio di rivivere un pò quelle cose che solo razionalmente avevo compreso e non sperimentato. Alla fine era la dipendenza dagli altri, cioè, non poter gestire il corpo e tutta la persona e dipendere dagli altri, dalle cose minime come andare al supermercato, a non poter prendere una cosa oppure non salire uno scalino, fino alle cose più profonde.

Martellucci – Quando il nostro corpo vissuto ci dà un'informazione, ci lascia un patrimonio di esperienze, come quelle cui avete fatto riferimento, capaci di integrare la dimensione della fisicità con la dimensione della mente. Così la nostra vita intera cambia, permettendoci di orientare in modo nuovo il proprio atteggiamento, la prospettiva ed il senso della relazione, nei confronti dell'Altro di cui ci occupiamo.

P. 5 – A me veniva di pensare ad alcuni sintomi che presentano i pazienti quando vengono, magari le prime volte. Mi viene di ricor-

dare me stessa e la difficoltà che provavo, quando cominciavo a raccontare le mie cose, i miei sintomi, quelli che si manifestavano e non corrispondevano sempre con i sintomi raccontati e provo tenerezza nei confronti dei pazienti, per questa cosa terribile.

P. 6 – Per me ha rappresentato una frattura grandissima la morte di mio padre, quindici anni fa. Facevo ancora medicina e poi sono riuscita a laurearmi. I primi tempi, dopo aver fatto la specialità in psichiatria, quando incontravo pazienti che mi riferivano un lutto, per me era entrare in risonanza e sentire un dolore esagerato, per cui non c'era volta che io non rivivessi quell'esperienza ed anche ora sono emozionatissima nel parlare di questa cosa. Però ci sono cresciuta e, con il passare del tempo, sentire raccontare un lutto non mi ha fatto più così tanto effetto, anche se comunque ricordo il mio, ma non è più la stessa cosa. Mi ricordo in un'occasione, di una signora che mi raccontato che era morto il marito e di come lei lo avesse trovato e che io ho pianto. Lì ho capito quanto ancora fossi fragile. Questa signora non è più venuta, mi sono chiesta se il suo non venir più da me, fosse stato perché non mi aveva visto così capace di poterla aiutare, contenere, in quel momento, perché ero stata io la prima a non essere stata capace di trattenere l'emozione che avevo provato.

P. 7 – Mi sembra a volte di non aver fatto nulla fino ad oggi. Con la mia vita sono entrata in risonanza con un sacco di magagne che ho avuto da un punto di vista fisico. A cominciare dai quattro anni, sono caduta dal pulmino delle suore che mi portavano a casa. Ho aperto io la maniglia e sono volata fuori in una curva, ma fortunatamente mi sono rotta solo l'ulna. A cominciare da questo, problemi ai piedi, spalle rotte, cisti ovariche, sono stata diverse volte in sala operatoria… però sinceramente ho avuto sempre una grande fiducia nel mio corpo, nella mia fisicità. Probabilmente queste cose che ho avuto, le ho sempre vissute come una cosa risolvibile. La cosa che mi faceva pensare però è che la traccia che è rimasta più impressa, è quella delle smagliature sulla pancia, legate alle gravidanze e che all'inizio mi dava un fastidio tremendo. La cosa però che mi faceva ripensare al discorso fisico, visto dalla parte dei pazienti, risale ad un episodio, di quando mi sono rotta l'omero cadendo da cavallo e mi hanno portato al CTO. Ricordo della bron-

tolatura da parte dellaradiologa, perché mi hanno mandato giù dal reparto e, tutte le volte che ci ripenso, mi viene questa grande tristezza ... sono andata lì e ho detto: scusate mi hanno mandato giù dal reparto, devo fare una lastra perché domattina... e la radiologa, dandomi del lei, mi ha detto: noi abbiamo un'urgenza, per lei non abbiamo il tecnico. Ma mi hanno detto che se non ce l'ho... lei dice: se non la operano domattina, la opereranno un altro giorno...giuro che lì non sapevo veramente che fare... se scrivere alla Direzione sanitaria, ma io lì mi sono sentita proprio paziente e se ci ripenso mi viene ancora un groppo alla gola. Ho avuto un'esperienza veramente terribile!

P. 8 – Sinceramente grossi traumi corporei non ne ho avuti. In realtà, se vogliamo prendere tracce, impronte, ferite, possono essere quelle mentali, che sono forse quelle più gravi e più faticose. Parlando però di pene corporee, ci veniva in mente e poi l'abbiamo sviluppato in due maniere differenti, le tracce lasciate dalle gravidanze, per quello che mi riguarda sono notevoli e però le vivo con estrema serenità, il senso di maternità, l'approccio con un figlio, ti mette sempre in grossa risonanza, proprio per il vissuto mio personale.

P. 9 – Ho grossi problemi fisici... questa storia dell'asma, della mia esperienza, della difficoltà respiratoria, mi rende più sensibile. Sarà perché in questi giorni c'è questo virus particolarmente aggressivo sulle vie respiratorie, ho sempre molta attenzione anche in senso diagnostico e poi di *management* della cosa. Mi è venuto il ricordo di una tonsillectomia che mi hanno fatto sui quattro anni, da sveglio ... il gas non ha funzionato, quindi, questo *ferro*... la bocca che non si chiudeva, il ghiaccio, io urlavo come un disperato chiedendo aiuto. Se uno va nelle radici, forse questo potrebbe essere uno dei motivi per cui è andata di volermi occupare degli altri, visto che di me non si occupava nessuno e quindi ... io poi l'asma ce l'ho davvero perché sono atopico, nel senso che sono allergico a tutto. Questa storia del vissuto corporeo, tant'è vera che poi ... anche nella morte dei pazienti. Ho assistito a volte, proprio fino a vedere la parte che più mi mette in difficoltà, cioè, se *mi* vanno in coma e poi ... la difficoltà respiratoria dell'edema polmonare, quella è terribile!

P. 10 – Mi venivano in mente, più che incidenti, cose mediate dal corpo, ma che hanno lasciato una ferita nell'anima, per esempio,

uno schiaffo o una *avance* sessuale, magari anche molto sfumata che però sicuramente hanno lasciato una traccia nell'anima.

P. 11 – Come medico dimedicina generale penso che se un individuo ha avuto un'esperienza anche fisica, cioè, io sto parlando di me, il fatto che tu l'abbia superata positivamente, può diventare elemento di incoraggiamento per i pazienti. Tanto i pazienti lo sanno: anche lei si è fatta male, cioè vedere il fatto della tua traccia fisica, perché magari hai una cicatrice o la lasci intendere, può essere una cosa a cui attingi per rinforzare anche le indecisioni o le paure del paziente. Una volta uno mi ha detto: vede dottoressa, ha visto? Bisognerebbe che anche voi provaste e io ho detto: ma non posso mica sperimentare tutte le millecinquecento malattie per sapere quello che voi provate!

Martellucci – La formazione permette di considerare e utilizzare i vissuti corporei come componenti essenziali dell'incontro, proprio laddove vengono identificati, ma anche rimossi, negati. Il ruolo della formazione psicologica in medicina consiste infine, nel riconoscere e esplorare le dimensioni della corporeità e della comunicazione non verbale nella relazione medico – paziente. L'introduzione del soggetto del malato e del medico nella medicina come fattore della conoscenza e dell'agire, richiamato da V. von Weizsacker (1990), muta il senso della conoscenza sui processi patologici e sul fatto di porre la malattia come oggetto, bensì l'uomo malato, nel suo essere un *diveniente*. La condivisione di preziose e profonde esperienze personali, riconduce proprio a questo essere diveniente di noi stessi in cambiamento, immersi in relazioni reciproche e circolari, nella trama di linguaggi essenziali del corpo e della parola che dice, che dischiude, che apre (P.A. Masullo, 1992). È infatti in una tale considerazione della relazione, intesa come reciproca, che il paziente attesta il suo essere soggetto della relazione stessa, soggetto tra soggetti, poiché egli stesso esercita la sua influenza sul medico così come la riceve.

Il costrutto dell'alessitimia

Una volta che il film è stato visto, si raccolgono le vostre impressioni e considerazioni, rispetto ai comportamenti di Camille, di Ma-

xime ed in particolare di Stéphane, un personaggio che assume su di sé una serie di tratti, di caratteristiche e di personali modalità di esprimersi intorno alla vita, ai sentimenti, alle relazioni, alle emozioni e alle sensazioni, anche fisiche, tali da permettere un'ampia conversazione riflessiva da parte del gruppo. Si tiene conto che l'idea che guida questo lavoro non è di addentrarci in questioni di critica cinematografica, bensì di cogliere fenomeni e linguaggi riconducibili al concetto di alesssitimia. A seguito verrà infatti proposto un lavoro in piccolo gruppo, sul tema: *"Questo paziente nel proprio ambulatorio o nel proprio studio"*. Si tratta di indagare la vostra posizione personale nei confronti di una persona che gli assomigli, che abbia i suoi comportamenti e ponga problematiche relazionali simili a quelle che il protagonista mostra di avere. Quando questo vostro lavoro, che durerà circa venti minuti, avrà prodotto i risultati per voi soddisfacenti, lo comunicherete nel grande gruppo.

Alessitimia è un termine formulato da P. Sifneos e J. Nemiah (1970) sulla base di osservazioni cliniche di pazienti affetti da malattie psicosomatiche, nei quali colsero la difficoltà a descrivere i propri sentimenti, e disporre di un'attività fantasmatica adeguata. Già la scuola psicanalitica francese di P. Marty e de M'Uzan (1971) aveva individuato in pazienti simili, un particolare stile cognitivo, definito *pensiero operatorio,* descritto come "un'attività cosciente senza rapporto organico con il funzionamento fantasmatico". Si trattava di pazienti che riuscivano con estrema difficoltà a collegare sensazioni ed emozioni a vicende ed esperienze che ragionevolmente ne erano l'origine, trincerandosi in una interpretazione della realtà essenzialmente concreta. F. Baldoni (2010), sintetizza più recentemente le caratteristiche dei soggetti alessitimici, riconducendola a cinque punti essenziali: la difficoltà ad identificare e descrivere le proprie emozioni; la difficoltà nel distinguere stati affettivi soggettivi e sensazioni corporee legate all'attivazione emotiva; povertà dei processi immaginativi; uno stile cognitivo concreto, pratico, orientato verso la realtà esterna piuttosto che introspettivo; una tendenza al conformismo sociale.

I soggetti alessitimici manifestano dunque una marcata difficoltà a verbalizzare i propri stati emotivi e, ad un'indagine più approfondita, sembrano non averne affatto consapevolezza, controllo o regolazione.

Rispetto al film si possono cogliere brevissimi stralci di dialogo che illustrano questa condizione, ad esempio in un'espressione di Camille: "é buffo pensare che in tre quarti di questi libri non si parli che dell'amore, è eccessivo"; il protagonista è didascalico nell'affermare: "i sentimenti sono cose che a me non appartengono"; "ho un peso qui, come un peso che mi schiaccia", per parlare dei sentimenti di Camille nei confronti di Stéphane; e sempre Camille parlando con la sua amica: "non sarà innamorato?" "Lasciami pensare, no, è così difficile entrare in contatto!" Ed anche: "devi accettare che qualcosa accada dentro di te". Succede che nel momento in cui la persona è attivata emotivamente, non riesca a riconoscere le cause plausibili di questo suo stato, ad esempio quando si parla di un *mancamento*, come semplice condizione fisiologica del protagonista, trascurandone il valore di linguaggio soggettivo per quanto era precedentemente accaduto, rendendo così l'individuo più spettatore che attore della propria vita. Del conformismo sociale, se ne è avuto una testimonianza efficace in un commento, da parte di Maxime su Camille, relativo al suo sentirsi meglio, quando dice: "certo che sta meglio, va e viene, in fondo è una violinista", come se il ruolo esaurisse i comportamenti possibili.

Partecipante 1 – Cercherò di essere schematica. Dal titolo: "Un cuore in inverno", mi viene in mente questa cosa rossa, grondante di sangue, sullo stile di Quentin Tarantino, in mezzo alla neve. Questa è stata la prima cosa, forse ero un pò impostata, comunque è la sensazione che ho mantenuto perché in fondo vedo il protagonista come una persona sola che potenzialmente potrebbe dare moltissimo, però non riesce a farlo. Un esempio é quando Stéphane parla con la libraia e durante la cena, quando Camille dice: "stando zitti si può sembrare intelligenti". Ho pensavo a me che invece parlo tanto. In altra situazione Camille dice a Stéphane, che si comporta come se l'emozione non esistesse. Questa persona "murata", mi ha fatto venire in mente varie figure incontrate nella vita, incapaci di esprimere pensieri ed emozioni, che alla fine ti costringono a cambiare qualcosa anche dentro di te. La bocca così perfetta di Camille, mi ricorda forse una mia compagna del liceo, anche lei una *gatta morta* con gli occhioni alla Biancaneve. Anche Maxime è un *pesce lesso*,

non mi dice niente, una persona che si sente un pò sopra le righe che ha solo questa donna da mostrare, una violinista bellissima. Mi piace molto invece, la figura dell'amica di Stéphane, la libraia, una donna piuttosto concreta, non bella. Mi sembra di capire che alla fine lei trova una persona, ex maestro di musica di tutti i protagonisti, in una casa di campagna e si trasferisce da lui. Stéphane sinceramente mi fa un pò rabbia e anche pena, quando dice a Camille: "in fondo, io non ti amo". Mi fa appunto rabbia e pena perché è incapace di manifestare …, quando le ha dato un ceffone, ma io mi sarei alzata e glielo avrei reso.

P. 2 - Secondo me Stéphane è da sempre innamorato di Maxime, che ha visto essere attirato da questa donna e che dice: "della sua vita mi racconta poco, io ho forse percepito che Maxime avesse una moglie". Ma questa sua vita privata è come non gli interessasse più di tanto, poiché il concreto della loro relazione era nell'intesa che c'era mentre lavoravano, come si capivano e così via. Innamorato di lui, vede questa donna, vissuta da subito come molto pericolosa, per cui fa in modo di farla innamorare di sé, per fare dispetto a lui. Dispetto che Maxime a un certo punto ha ben percepito, pur avendo capito che c'era un interessamento omosessuale che probabilmente non condivideva. Alla fine, quando l'ha fatta stare male, perché le ha detto di non avere questi sentimenti perché a lui non erano concessi, dice: "non posso provare amore per te"; l'ho interpretato come a dire: "sono omosessuale e non posso provare amore per te" e lui gli ha dato uno schiaffo, facendolo cadere dalla sedia. Ed alla fine poi, quando Camille gli dice: "tu lo ami", lui replica: "è l'unica persona che ho sempre amato".

P. 3 – Io ho avuto la stessa percezione, da subito, quando ho visto l'interazione tra questi due uomini, ho pensato che tra loro ci fosse *feeling*. Ho pensato che Stéphane avesse fatto innamorare Camille per fare un torto a Maxime, per rompere la coppia. Non a caso, all'inizio c'è stato un passaggio quando Maxime ha detto: "quella dietro di te è la ragazza che mi interessa" e l'altro: "hai rotto una coppia", dando a pensare che anche le due donne stessero insieme. Per me poi tutto si è snodato su questo rapporto di complicità tra i due uomini, nel momento in cui Camille ha dichiarato a Maxime l'interesse per Stéphane, lui si è tirato indietro come per dire: "prova, no?"

non l'ha reclamata, non ha difeso il loro rapporto, ha fatto in modo che loro si incontrassero e poi c'è stata la delusione di lei nel momento in cui lui le ha detto: "no, non fai per me", nel senso che forse: "le donne non fanno per me, ho altri sentimenti". Ho poi pensato che questi sentimenti fossero anche nei confronti del maestro, quando lui dice alla fine: "forse è l'unica persona che ho amato", però magari come un allievo può amare un maestro.

Martellucci – Sembra che le emozioni richiamate durante il film dal comportamento dei protagonisti, trovino risonanza empatica e linguaggio adeguato nelle considerazioni dei partecipanti ed in particolare nel lasciare emergere profusamente le loro emozioni ed immaginazioni personali.

P. 4 – Io l'ho visto in un modo completamente diverso; è vero che c'era un legame molto forte fra Maxime e Stéphane, all'inizio poteva sembrare omosessuale, ma non è importante com'era; appare infine un'amicizia difficile tra due uomini, quindi con molte cose non dette, ma sicuramente sentite da entrambi. Così come un'amicizia molto sentita tra le due donne, con molte cose non dette, ma molto profonda. Questa grande amicizia fra i due uomini l'ho vista nel momento in cui, in realtà, Maxime dà la possibilità a loro due di vivere felicemente insieme. Io chiamerei questo film "Delle occasioni perdute", il grande Super-io di Stéphane gli ha impedito di vivere questo amore, perché c'era Maxime e così come Maxime si disfaceva di questo amore, regalandolo a Stéphane, questa è stata una cosa di estremo altruismo da parte di entrambi. Stéphane ha paura di tutto, quindi il compito gli è stato un pò facilitato, però ha detto di no anche perché non poteva. Lui non poteva lasciarsi andare in tanti modi, ma in quel momento non poteva nemmeno … lei era la donna di Maxime, persona che lui amava tantissimo, ma non di amore omosessuale, ma amore vero, così come ha detto del maestro: "l'unica persona che amavo". Non era così, ma: "credevo che fosse l'unica persona che amavo", in realtà, invece amava Maxime e Camille.

P. 5 – Mi veniva un parallelismo fra il lavoro che fanno i protagonisti, estremamente preciso, attento, volto a creare un suono molto emozionale che però passa da un percorso molto rigoroso di rifini-

ture assolutamente raffinate e anche la storia di Stéphane che in qualche modo si sacrifica o comunque rinuncia per qualcosa di più profondo: l'amicizia per Maxime.

P. 6 – A me non è venuto neanche in mente che potesse trattarsi di una relazione omosessuale, ho sempre sentito chiaramente che Stéphane era innamorato di Camille e per esempio, il malore nella stanza degli imbianchini per me è una prova evidente. Riguardo sempre alla mia percezione, non li ho sentiti come emotivamente bloccati anzi, a parte il fatto che mi piacciono molto i film francesi e i loro dialoghi. Ad un certo momento ho pensato che sarebbe bello a volte se ci si dicesse così, poche cose, ma così pensate! Mi sembrava che agissero poco, ma riflettessero parecchio su quello che gli accadeva e su ciò che si dicevano, secondo me questo era molto bello. In Italia si parla, ci si agita, si gesticola, molto di più, ma poi. Un'altra associazione che mi è venuta è che le persone che effettivamente si amano davvero sono poche, questa cosa la sento molto vicina.

P. 7 – A me ha colpito la storia di tutte queste coppie. Stéphane e Maxime non sanno di essere così innamorati l'uno dell'altro, poi il regista fa vedere la coppia nel bar che prima litiga e poi si riconcilia, poi mostra Maxime e Camille, poi Stéphane e Camille, poi il maestro e questa signora, che non ho ben capito se è la moglie o la tata di casa. Ad un certo punto, ho pensato che se mio marito fosse caduto in terra in quella maniera, da noi avrebbero chiamato il medico di base e il 118, non lo avrebbero tirato su in quel modo. Sono d'accordo sul fatto che si vedono poco le emozioni, anche perché poi viene un ictus a quest'uomo. Ho quindi pensato che in tutto questo c'è un qualcosa rispetto alle coppie, nel senso che sembrano sul punto di rompersi, sono invece molto unite, molto arrabbiate, ma anche molto tenere e mi sembra che Stéphane veda questo e ne resti colpito.

P. 8 – All'inizio, quando non si sentiva il sonoro, sono rimasta affascinata dalla visione del film, da lì ho percepito le emozioni. Inizialmente il colore era neutro, anche Camille vestiva in questa maniera, stessa cosa per gli scenari, una situazione apparentemente tranquilla e sul freddo, ciò che emozionava era la musica, sempre presente, legava un pò tutti i personaggi. Il colore è poi cambiato nel corso della proiezione e Camille, che suonava molto meglio

quando era vestita in una certa maniera, nel momento in cui si è accorta di essere innamorata di Stéphane, ha cambiato il colore; il vestito era rosso, come pure le labbra. Mi ha colpito di lui il modo in cui *maneggiava* gli strumenti, una cosa che parlava; in questo film le parole tutto sommato non contavano più. La scena era talmente bella che ciò che veniva comunicato andava oltre le parole; per esempio, Stéphane toccava quei violini in modo quasi sensuale, lui diceva di essere un freddo, ma non sembrava così. Altra cosa che mi ha colpito, sono gli occhi di Stéphane e forse la rabbia degli altri era proprio nel fatto che lui parlava attraverso lo sguardo, in realtà non diceva granché, ma i suoi sguardi nei confronti di Camille dicevano più di tante parole. Anche l'amico di Stéphane si è arrabbiato per il fatto che lui non parlava, ma in realtà aveva fatto molto di più. Riguardo al colore, la stanza dell'appartamento scelto era bianca, Maxime la mostra, però era senza colore, mentre Camille aveva il colore e l'altro aveva un rapporto particolare con gli oggetti.

P. 9 – Collegandomi al tema del non verbale, mi sembra che Maxime faccia il regista, entra, esce, scompare, presenzia, non so se ciò definisca una posizione d'identità rispetto all'amore tra i due oppure no, al senso del legame o al fatto che poi Stéphane abbia questa sensazione che tutto sia già determinato e lui segua quello che comunque si deve fare. Non so se si tratti di masochismo, di una profezia che si autodetermina, di un sentimento, ma la sensazione è che tanto è così, mentre Maxime dirige.

Martellucci – Queste tematiche sono state esplorate da voi in modo veramente straordinario, compresa la sequenza dell'eutanasia … piuttosto che vivere il dolore si sopprime l'individuo sofferente, senza apparente esitazione.

P. 10 – Tutto sommato è stato un "atto d'amore", anche in quel momento, c'è stato uno sguardo eloquente tra chi chiedeva l'eutanasia e lui che lo ha fatto.

P. 11 – Sempre su questo tema, mi ha colpito molto il fatto che questa donna, che aveva sempre accudito il maestro, gli avesse detto: "sono tre giorni che me lo chiede", anche se: "io, troppo coinvolta, non ce la faccio". Lui non ha fatto una piega, è entrato nella stanza, c'è stato questo sguardo d'intesa, ed anche qui lui è sembra-

to incapace di provare alcuna emozione o comunque di essere algido, freddo: gli ha somministrato questa fiala e poi, si è capito che c'è stata la morte. Questa cosa mi ha fatto riflettere che queste emozioni non solo non le aveva provate nel corso del film, ma lì, c'è la riprova ulteriore: lui, *terminator*, arriva, conclude questo capitolo e via.

P. 12 – Su quest'ultimo argomento l'avevo vista in un altro modo, anzi per me è stato un gesto di grandissimo amore, anche in relazione al discorso degli sguardi. In tutto il film c'è tutto un linguaggio di sguardi, non solo di Stéphane, ma di tutti, per esempio, quando Camille fa capire alla sua *manager* che lei prova qualcosa per Stéphane. C'è un'attenzione incredibile agli sguardi e la richiesta del morente è meravigliosa e per me, è un atto di grandissimo amore. Ho avuto tantissime emozioni da questo film, appunto le "occasioni perdute", perché tutte queste emozioni venivano imprigionate in qualche modo da una ragione superiore, non saprei quale.

P. 13 – Presuntuosamente, si potrebbe dire che in fondo è lui il cuore, il rosso, circondato dal freddo. Probabilmente gli altri cercano di manifestare le proprie emozioni, con gli sguardi, i gesti, sbagliando più o meno. Quello che alla fine è più vivo, che batte, in tutta questa vicenda è Stéphane, perché deve contenere la sua meravigliosa amicizia con Maxime. Ho sempre invidiato il rapporto di amicizia tra due uomini: ci si prende a pugni e poi si va a giocare insieme, ci si dice tutto. Mi veniva appunto in mente, che quello che palpita ed è vivo, paradossalmente è Stéphane, ha difficoltà ad esprimerlo, ma il fatto è che lui c'è.

P. 14 – Ho pensato che tutti fossero molto innamorati di Camille: il collega che suona il violoncello, Stéphane, Maxime, Régine. Lei, nel momento in cui riceve un no, va fuori di testa, beve, si trucca in maniera aggressiva, fa una scenata.

P. 15 – Secondo me l'ultima scena è bellissima, Camille ha fatto una rinuncia, per qualche motivo il suo sguardo ci dice che amava Stéphane e che ha rinunciato.

Martellucci – Proporrei adesso di lavorare in piccoli gruppi e soffermarvi sul tema annunciato, ovvero: *cogliete le implicazioni relazionali che possono derivare se un paziente come Stéphane entra nel*

vostro ambulatorio o nel vostro studio:impressioni, sensazioni, idee, considerazioni o altro che questa evenienza può suscitarvi.

I resoconti dei lavori sono sintetizzate nei contributi che seguono.

P. 16 – Abbiamo pensato che un paziente così non viene da solo, non per una causa psicologica, probabilmente verrebbe per un pretesto, come un certificato, una ricetta o perché lo ha mandato qualcuno. Convenivamo sul fatto che un paziente così ci metterebbe forse un po' a disagio perché, fatta la richiesta, probabilmente poi non direbbe niente. Allora partiremmo da quello che abbiamo sentito noi nell'incontro con lui, il quale sa che questo suo atteggiamento un po' mi imbarazza, mi sento a disagio, c'è qualcosa non ha funzionato, per ingaggiarlo in qualche modo. Vorremmo cercare delle informazioni su di lui e se mantenesse un atteggiamento così freddo, fatto di soli sguardi e poco loquace, gli vorremmo far notare la discordanza esistente tra le cose che dice e come le dice. Se magari gli chiedessimo del suo lavoro e se lui ci parlasse della passione per i violini, cercheremmo di fargli notare qualcosa così, per agganciarlo.

P. 17 – Con un paziente così è difficile esaurire in una prima e unica volta, interessante sarebbe ingaggiarlo per costruire qualcosa.

P. 18– C'è una certa differenza di considerazioni poiché ci siamo poste il problema, io come medico di medicina generale e loro come psichiatre; era quindi molto diverso il *setting* ambulatoriale che abbiamo rappresentato. Prima di questo anno passato con voi, non avevo mai provato a fare un approccio di questo tipo: "mi sento a disagio di fronte a una relazione con lei perché mi sento in imbarazzo, perché lei si comporta in questo modo", non l'avrei mai detto. Avrei avuto terrore a parlare così, soprattutto nel mettere me in gioco, perché fino ad ora ho sempre cercato di tenermene fuori. Solo da quest'anno mi sono messa alla prova e quindi comincio a capire questo sistema. Io forse avrei provato prima a chiedere: "beh, fa un lavoro così bello, costruire violini, ma com'è questa attività?" Sarei andata più su questo versante. È interessante l'arricchimento di questo approccio poiché per me sarebbe stato altrimenti diverso; si sarebbe svolto su certificato oppure su: "mi ha mandato il mio amico, si è spaventato perché sono svenuto in casa sua".

P. 19 – È risultata una persona difficile. Ci siamo divisi: due me-

dici di famiglia e uno psicologo, chiedendoci: "vediamo come si può quando c'è l'invio". Secondo la nostra fantasia, lui è venuto da solo, portando quel problema che aveva: quello che era successo nell'appartamento. È stato difficile trovare cosa chiedere perché abbiamo visto che era una persona di poche parole, ha descritto il sintomo ed all'inizio ci siamo basati su questo; abbiamo chiesto dov'era accaduto lo svenimento, lui ha raccontato, poco, comunque il problema si era verificato in casa del suo amico. Abbiamo poi fatto un lavoro a tre, la psicologa ci ha detto di non chiedere perché, ma quando parla di Maxime, dire: *ah, Maxime!* e lui avrebbe detto qualcosa su di lui, quindi procedere per gradi in questo colloquio. L'invio è estremamente difficile, la persona è di poche parole; siamo andati anche sulla richiesta di esami per prendere tempo, per rincontrarla e poi fare eventualmente l'invio, quando ci siamo resi conto che oltre al sintomo c'era un problema psicologico, di relazione e di difficoltà nell'esprimere le emozioni. Alla fine siamo riusciti ad inviarlo dalla psicologa.

P. 20 – Il discorso è che se arriva e ci racconta del malore, rimaniamo sul sintomo corporeo prima di andare sullo psichico. Per rivederlo e riparlarci, era importante capire questo malore dove era avvenuto. Lui avrebbe detto di essere svenuto in questa casa che stavano dipingendo, avremmo pensato all'odore delle sostanze usate, quindi si sarebbe fatta una bella visita e poi le prove allergologiche. Tutto questo per poterlo tranquillizzare dal punto di vista del sintomo, perché lui viene dal medico di base, ha bisogno di questo e poi farlo pian, piano ragionare sul sintomo. Quando fosse tornato e avesse detto che non risultava niente dagli esami medici, gli avremmo potuto chiedere cosa ne pensava di questo suo sintomo e lì attaccarci per arrivare ad inviarlo alla dottoressa…

P. 21 – Una riflessione, a partire dalla domanda: "sei innamorato?", lui risponde: "ci devo pensare". Spesso, alle ragazze di quindici, sedici anni che vengono per dolori addominali o per problemi al cuore, dopo un po' che si parla del sintomo io chiedo: "ma non sarai mica innamorata, o è successo qualcosa con il tuo ragazzo?" Loro rispondono: "innamorata, che parolona dottoressa", in realtà non lo sanno, ci devono pensare, è nella pratica normale che una persona dica che ci deve pensare e a volte si parte da lì. Io dico: "lo so quan-

do sono innamorata, è strano che tu non lo sappia, ci sono dei sintomi!". Sul momento ho pensato: *oddio un paziente così*, in realtà aspetti di Stéphane, nei miei pazienti ci sono in continuazione.

P. 22– Nella prima parte abbiamo pensato che l'idea era di andare a cercare l'organo malato per spostarsi poi sul vissuto. L'unico linguaggio emotivo però che poteva uscire l'abbiamo pensato nel: "sono un po' confuso, ho un po' paura"; su questo poi ci agganciavamo dicendo: "dal corpo al cuore, forse su questa confusione". Dove, non so bene come e quando, mi sarei riproposta di andare, è su: "quanto lei è libero di fare le scelte che fa?" Avrei lavorato su questo e ovviamente ci siamo fermati lì.

P. 23 – Se viene nel nostro studio un paziente del genere vuol dire che in qualche modo ha un bisogno. Anche noi abbiamo fatto la differenza fra medici e psicologi, quindi la considerazione è: se viene nello studio intanto è vivo. Alcuni di noi avevano avuto la percezione che potesse essere a rischio di suicidio perché, soprattutto dopo la morte del maestro, era rimasto solo. Se viene dal medico, porterà un sintomo e la nostra domanda primaria è: *perché ora, oggi, coma mai?* e sulla base di questo, poi muoversi.

P. 24 – Se fosse andato dallo psicologo avrebbe significato che il muro era molto più incrinato, che quindi aveva percezione del suo problema e della sua difficoltà. Però, solo il fatto che lui si presenti a noi, sembra già sintomatico.

P. 25 – Ci siamo chiesti se era un paziente di vecchia data, oppure un paziente nuovo, magari iscritto, che però non si era mai presentato. Se non si era presentato da tanto tempo, poteva essere un materiale su cui lavorare, chiedendogli tutte le informazioni sull'anamnesi familiare, sull'attività lavorativa: "è iscritto da qualche anno, non l'ho mai visto, il fatto che venga significa che c'è un problema, però perché non è venuto subito?"

P. 26 – Mi viene di pensare: "la glicemia come va? C'è qualcuno della sua famiglia che ha mai avuto la glicemia alta?" Di fatto, di quest'uomo sappiamo poco; pensavo che è difficile che si possa presentare da uno psicologo, piuttosto compare all'interno di un ambulatorio medico.

P. 27 – Il nostro sentire è che arrivare dallo psicologo era quel 5% di possibilità che lui accettasse di sperare di poter amare qual-

cuno. Siccome il finale del film è lasciato in sospeso, non si sa se lui spererà o dispererà. Ci veniva in mente che, nella migliore delle ipotesi, dallo psicologo ci sarebbe andato dopo altri tre o quattro periodi di vita ancora da vivere.

Martellucci – Le domande dei nostri pazienti e l'esplorazione delle loro condizioni cliniche si avvalgono spesso della domanda: cosa sento nei confronti di questo paziente e come mi parla la sua sofferenza. All'interno delle relazioni con i propri pazienti, dobbiamo solo coglierne i segni e cercare di comprenderne il senso e il loro peso. Una regolazione affettiva alterata, sarà di per sé predittiva di uno scollamento tra ciò che il paziente sente e come si comporta. La difficoltà del lavoro psicologico con questi pazienti sta proprio nel coinvolgerli a trovare risposte e connessioni possibili intorno alla domanda, anche implicita: se mai si creda che i propri sintomi della sofferenza siano in qualche modo riconducibili ad eventi ed esperienze della *erlebnis.* Diventa difficile guidare il colloquio, dunque, anche solo per ricavarne le informazioni necessarie a svolgere bene il proprio lavoro. Se pensiamo alle situazioni comuni della vita professionale, riconosciamo in molti pazienti queste particolari caratteristiche e la necessità di cercare nuove ed originali *chance* di relazione.

Bibliografia

Baldoni F. (2010) *La prospettiva psicosomatica*. Il Mulino, Bologna.

Balint M. (1957) *The Doctor, His patient and the Illness*, London, Pitman Medical Publishing, tr. it., *Medico, paziente e malattia*, Feltrinelli, Milano 1961.

Balint M. e Balinr E. (1961) *Psychoterapeutic Tecnique in medicine*, London Tavistock Publications, tr. it., *Tecniche psicoterapeutiche in medicina*, Einaudi, Torino 1970.

Borgna E. (1983) *Saggio di psicopatologia e psichiatria clinica*, in U. Galimberti, *Il corpo. Antropologia, psicanalisi, fenomenologia*. Feltrinelli, Milano.

Capra F. (1982) *Science, Society, and the Rising Culture*, Simon and Schuster, New York, tr. it., *Il punto di svolta. Scienza, società e cultura emergente*, Feltrinelli, Milano 2000.

Cattorini P. (1986) *Il corpo in medicina. Le dimensioni "inferiori" dell'incontro terapeutico*, in *The Practitioner* Edizione Italiana, 92, 30-50.

Engel G.L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine, in *Science*, 196: 129-136.

Federspil G. ed Al. (2008) *Filosofia della medicina*. Cortina, Milano.

Gadamer Hans-G (1993) *Uber die Verborgenheit der Gesundheit*, Suhrkamp Velag, Frankfurt am Main, tr. it., *Dove si nasconde la salute*, Cortina, Milano 1994.

Galimberti U. (1983) *Il corpo. Antropologia, psicanalisi, fenomenologia*. Feltrinelli, Milano.

Heidegger M. (1987) *Zollikoner Seminare. Protokolle-Gesprache-Briefe*, hrsg. von M. Boss, Frankfurt a./M, tr. it., *Seminari di Zollikon*, Guida, Napoli 2000.

Jaspers K. (1986) *Der Arzt im technischen Zeitalter*, Piper, Monaco, tr. it. *Il medico nell'età della tecnica*, Cortina, Milano 1991.

Marty P., de M'uzan M., David C. (1963) *L'investigation psychosomatique*. P.U.F., Paris, tr. it., *L'indagine psicosomatica*, Boringhieri, Torino 1971.

Masullo P.A. (1992) *Patosofia. L'antropologia relazionale di Viktor von Weizsacker*. Guerini e Associati, Milano.

Montefoschi S. (1977) *L'uno e l'altro*. Feltrinelli, Milano.

Sapir M. (1972) *La formation psychologique du médecin*, Payot, Paris, tr. it. *La formazione psicologica del medico. Da Balint ad oggi*, Etas libri, Milano 1975.

Sapir M. (1980) *Soignant-soigné: le corps a corps*, Payot, Paris, tr. it., *Medico-paziente: un corpo a corpo*, Liguori, Napoli 1984.

Le basi psicodinamiche nella relazione medico-paziente e nei gruppi Balint

Antonio Suman

Nella medicina di base e nell'ambulatorio del medico di famiglia, si presenta un rilevante numero di pazienti che presentano disturbi fisici associati a disturbi dell'umore o segni di "demoralizzazione" (Manganelli, 2005)

I pazienti si sentono malati o più malati di quanto l'esame obiettivo non dimostri.

Il sintomo clinico è dovuto ad un insieme di fattori somatici, comportamentali, psicologici e sociali che vengono curati prevalentemente con farmaci. La medicina psicosomatica, che cerca un'integrazione fra sistemi diversi, è da sempre ritenuta una branca a se stante separata dalla medicina, ma anche dalla psichiatria e dalla psicologia. Il modello medico tecnico-scientifico dominante della iperspecializzazione non tiene conto della individualità e della realtà complessa multidimensionale nella quale i soggetti vivono, trascurando sia la personalità del paziente che quella del curante. Un intervento basato su criteri "riduzionistici" limitati all'organicità risulta spesso insufficiente.

I medici di M. G. incontrano molti pazienti che in modo molto concreto e spesso ripetitivo lamentano dei disturbi fisici dei quali non riescono a comprenderne l'eziopatogenesi. Il paziente è concentrato sul proprio problema somatico, il medico vorrebbe curarlo, ma in mancanza di dati clinici oggettivi e per la scarsa efficacia dei farmaci si trova disarmato e imbarazzato. Questi disturbi, molto comuni, sono indicati dall'acronimo inglese MUS (*Medically Unexplained Symtoms*).

Michael e Enid Balint nella loro proposta di costituire dei gruppi di discussione tra medici sul loro rapporto con alcuni pazienti difficili, hanno iniziato un lavoro di integrazione fra dati clinici, psicolo-

gici e sociali. Erano entrambi psicoanalisti pertanto i gruppi che portano il loro nome sono orientati in senso psicoanalitico ma, come loro stessi sottolineavano, non è necessario per partecipare o per condurre un gruppo Balint avere una approfondita conoscenza della psicoanalisi. Tuttavia alcuni concetti psicodinamici essenziali sono, implicitamente, utilizzati. Ciò che conta per un partecipante ai G. B. è di essere in grado di sviluppare un atteggiamento terapeutico che può prescindere dalla conoscenza della terminologia psicoanalitica. Esso riguarda il modo di impostare il proprio pensiero e di rivolgersi al paziente, di affinare la capacità di osservare e di ascoltare non solo ciò che dice ma anche di prendere coscienza dei propri sentimenti e sensazioni che si presentano durante l'incontro. Il tempo da dedicare a un particolare paziente può essere anche limitato a differenza di una psicoterapia che presuppone una serie di sedute in *setting* specifici, caratterizzata da stabilità, continuità e frequenza regolare delle sedute. Quest'ultima è riservata agli specialisti psicoterapeuti.

In questo intervento mi soffermerò su alcuni concetti base della psicodinamica per rendere più comprensibile ciò che accade nella relazione con i pazienti che afferiscono all'ambulatorio dei medici di famiglia.

In una relazione terapeutica ci sono delle comunicazioni cognitive ma, molto importante, è che il rapporto suscita, ancora prima dell'incontro, delle attese, delle emozioni, delle sensazioni, che tendono ad essere ignorate, sottovalutate o viste più come elementi di disturbo della comunicazione. In realtà, come potremo vedere, lo stato emotivo/affettivo sia del paziente che quello del medico, se esaminato con attenzione, veicola molti significati consci e inconsci e può favorire o ostacolare la comunicazione. L'allenamento alla percezione dei sentimenti e al significato implicito del discorso non solo concreto ma anche simbolico, insieme alla conoscenza di qualche dato biografico e sociale, ampliano l'orizzonte osservativo e rendono l'intervento del medico più efficace e più gratificante per entrambi.

Le basi individuali della relazione medico paziente

Il disturbo psicosomatico, per la teoria psicoanalitica, non riguarda un conflitto rimosso, non una difesa strutturata come può essere

nel campo delle nevrosi con l'impiego delle difese quali la proiezione, la rimozione, lo spostamento, l'idealizzazione, la formazione reattiva, ecc. insomma tutti quei meccanismi di difesa che si attivano di fronte a difficoltà psichiche. Si pensa piuttosto che sia una mancata funzione della mente che, di fronte a eventi stressanti eccedenti la capacità di *coping*, non trasforma le senso – percezioni cariche di emotività in contenuti mentali emotivi e cognitivi (questa sarebbe la cosiddetta "funzione ecologica della mente") cosicché gli effetti di distress rimangono ancorati al corpo e provocano una specie di effetto tossico che sono appunto i disturbi somatici. Questo tipo di risposta trova le sue origini nella prima infanzia.

Fino dalla nascita, forse anche prima, i bambini sono bombardati da una serie di stimoli che ricevono attraverso gli organi sensoriali, questi stimoli non sono solo fisici, ma sono permeati di una intensa emotività. L'allattamento del bambino non è solo una questione biologica di nutrimento, ma è anche una via attraverso la quale si costruisce la relazione madre-bambino. Alle sensazioni di fame, sonno, di bisogno di contatto, di calore e di rapporto del bambino, la madre risponde soddisfacendo questi bisogni. Non è solo la necessità di provvedere alle esigenze fisiche, ma è appunto proprio la capacità che ha la mamma di immaginare (*rêverie materna*) le necessità del bambino in quel momento, di dare un senso alle richieste e rispondere ai bisogni di lui. Il bambino non parla, ma ha delle modalità vocali e gestuali espressive per comunicare (si vede bene nell'I*nfant Observation*, osservazione della relazione mamma-bambino secondo il modello di E. Bick) come esse inducano nella mamma un comportamento adeguato, cioè, come il bambino sia capace di influenzare le risposte della mamma e viceversa, e come questa attraverso i gesti e le parole gli sguardi, riconoscendone i bisogni, permetta a lui di riappropriarsi degli stimoli senso percettivi dando loro progressivamente un senso e iniziare il riconoscimento del proprio corpo e più in generale del Sé. Così prende l'avvio la costruzione dei simboli, dei significati delle cose. "Il contatto visivo è una delle più intense e vincolanti interazioni del mondo madre-bambino...gli occhi della madre creano una potente presenza emozionale per il bambino e formano una base concreta dalla quale il bambino comincia a fare esperienza delle sue relazioni con il mondo e gli altri". (M. Ayers, 2003)

Una certa quantità di fallimenti di tale intesa è fisiologica ma se queste incomprensioni si prolungano eccessivamente perché c'è una mamma che va incontro a una depressione post partum o è assorta in altri problemi e difficoltà personali o risponde in modo ansioso o comunque inadeguato ai bisogni del bambino suscitando inquietudine e confusione, o avvengono precoci separazioni troppo prolungate, queste evenienze possono dare luogo a delle *difficoltà di mentalizzazione* del bambino. Come dimostra l'*Infant Researches*, fino dalla seconda settimana di vita l'inespressività del volto materno ha un particolare forte impatto sulle risposte da parte del bambino che diviene inquieto, si disorienta e poi si ritira. Falliscono anche i tentativi di autoprotezione del bambino: mettersi il dito in bocca al posto del capezzolo, toccare la copertina per rievocare il contatto con il corpo materno, ecc. Il bambino non riesce a sperimentare e sviluppare le proprie competenze relazionali, è confuso circa il riconoscimento delle proprie sensazioni corporee e il suo disagio rimane ancorato alla sola espressività somatica. Non si avvia una consapevolezza adeguata di sé e non costruisce "un pensiero in grado di cogliere l'esperienza emotiva interiore" (Bion, 1963). Questo difetto intrapsichico e comunicativo può rimanere un preponderante stigma nella vita di molti soggetti adulti (per es. alessitimici) che di fronte a difficoltà e fallimenti esistenziali, incapaci di riconoscere e comunicare i propri sentimenti, rispondono con il disturbo fisico.

Diceva Winnicott (1970): "una madre che non è sufficientemente buona" non è in grado di integrare e dare un senso alle percezioni del bambino attraverso la capacità di *holding* e di *handling* nel senso di contenimento e di manipolazione del bambino, attraverso le quali si stabilisce il contatto e la trasformazione delle senso-percezioni ed emozioni del bambino in elementi pensabili. Il bambino in difficoltà deve fare la mamma di se stesso, utilizzare la propria capacità intellettuale e invece di avere le radici del Sé nel corpo, deve sviluppare la propria mente per cercare di far fronte a questi difetti di strutturazione. Il bambino cerca di supplire alla funzione materna. Sono persone che possono sviluppare un *falso Sé,* che hanno una grossa difficoltà nell'identificarsi, nel descrivere se stessi e hanno dei difetti di formazione della *self image*, di organizzazione del Sé, sviluppando un atteggiamento di condiscendenza verso gli altri.

Questa scissione sarebbe però anche qui difensiva contro un intollerabile dolore mentale relativo al vero Sé che rimane inconscio a causa della insufficiente funzione materna, e comporterebbe una falsa crescita improntata all'obbedienza, priva di una vera, feconda, esperienza formativa di crescita del sé. Soggetti di questo tipo sono descritti da J. Mc Dougall (1990) come *normopatici* per sottolineare il loro adeguamento alla realtà alle norme sociali senza originalità, vita fantastica, incapacità di sognare. Possono chiedere una psicoterapia non per un loro bisogno ma, per es. per far piacere a qualcun altro, non hanno alcuna consapevolezza della componente psichica dei propri disturbi somatici. La crisi psicosomatica può comparire quando c'è un evento traumatico, specie una separazione da una persona importante per il soggetto perché i limiti corporei non sono ben definiti, come se esistesse un solo corpo per due persone (in genere madre-figlio) e la separazione divenisse una lacerazione.

Questo *difetto di mentalizzazione* è presente in molti soggetti in modo preponderante, quelli appunto che tendono a rispondere somaticamente ad eventi avversi della vita, c'è dunque una profonda scissione fra mente e corpo ed emergono delle forti resistenze ai collegamenti. Il dolore psichico sembra meno abbordabile del dolore fisico e il campo affettivo rimane inaccessibile alla consapevolezza psichica.

L'emozione, presente in un momento del rapporto medico-paziente, non è solo la conseguenza dell'attualità, ma è sovra-determinata dagli eventi precedenti. Qui si apre tutta una prospettiva temporale per cui quello che appare oggi non è solo relativo a quel fatto, ma pesano tutte le esperienze traumatiche precedenti quali abbandoni, separazioni, perdite, lutti, eventi dolorosi non elaborati, eccetera, per cui a volte il medico può essere critico e insofferente agli atteggiamenti sproporzionati, incongrui alle motivazioni dichiarate.

La modulazione dei sentimenti dà sollievo permettendo una scarica della tensione. Studi condotti da M. Liberman (2007) mostrano come nominare un'emozione espressa su un volto riduce l'attività dell'amigdala, struttura implicata nell'ansia. L'espressione dell'emozione può servire a chiarire situazioni emotive conflittuali e ambi-

gue. È osservazione comune che la grande maggioranza delle persone, dopo un episodio molto emozionante, provano il bisogno quasi irrefrenabile di confidarsi con qualcuno. L'occultamento delle emozioni ha generalmente effetti dannosi, fa aumentare la sudorazione e il battito cardiaco, modifica la conducibilità elettrica della pelle, altera il funzionamento del sistema immunitario. Se queste alterazioni avvengono nel paziente un processo analogo, anche se di minore entità, avviene nel medico durante e dopo la visita (Biondi, 2007). Affinché avvenga questa emergenza di emozioni è necessario che l'incontro con il paziente si svolga in un ambiente adeguato, in un clima di fiducia e di attenzione del medico.

Compiere una rivalutazione cognitiva degli eventi, vale a dire ripensare e descrivere il momento di insorgenza dei disturbi e la situazione contingente nella quale si sono presentati, far parlare il paziente circa le motivazioni di come si è sentito e come mai si è trovato in una certa situazione, chiedere le sue opinioni in merito è già un atto terapeutico; nel momento stesso in cui una persona descrive e cerca di mettere in parole quello che ha sentito, compie una prima forma di trasformazione dell'esperienza emozionale in parole che conferiscono un senso alle sensopercezioni ed emozioni che diventano più modulabili e gestibili.

Alcuni soggetti sono in grado di dire poco sul proprio stato emotivo, il medico facendo riferimento ai sentimenti che non sono espressi può aiutare il paziente dicendo: *mi pare che lei in questo momento sia arrabbiato* oppure *lei forse in questo momento si sente triste o angosciato, o altro* e ne parla con lui perché questo permette al paziente di collegare quel sentimento alle parole rendendo più cosciente, più definibile, quella sensazione che sta provando e contemporaneamente l'espressività somatica del disagio può modificarsi, a volte in modo molto evidente. Alcuni pazienti sono spesso preoccupati delle conseguenze che le loro comunicazioni possono suscitare nel medico (giudizi, incredulità, disinteresse, e altro) e quindi evitano di riferire certe situazioni traumatiche vissute.

I pazienti cosiddetti "psicosomatici" (nei quali sono preponderanti le concause eziopatogenetiche psico-sociali) rappresentano un'importante parte delle difficoltà relazionali che il medico deve affrontare ma la casistica è più ampia perché la componente psichi-

ca, in modo più o meno importante, è presente in ogni malattia. Il medico è soggetto a stress emotivi: comunicare brutte notizie, affrontare problematiche familiari del paziente, prendere decisioni difficili e di alta responsabilità, subire accuse anche ingiustificate, sentirsi ricusato senza capirne la ragione, paura di avere commesso errori, contenere le angosce del paziente e quelle della famiglia, trattare malati terminali, soggetti psicotici, ecc.

Difficoltà del medico

Anche il medico non è preparato a correlare eventi della vita e sintomi somatici, i suoi studi non lo aiutano, non sa come intervenire e perciò vive il rapporto con questi pazienti con molto disagio. Rischia di proiettare le proprie difficoltà e i propri sentimenti di rabbia o di colpa per la propria impotenza (più o meno inconsci) sul paziente rimproverandolo o colpevolizzandolo dicendo che sono solo fantasie ingiustificate. Il paziente, da parte sua, non si sente capito, e prova risentimento per il medico. In questo clima emotivo la relazione terapeutica precipita. "Nelle consultazioni cliniche il paziente avanza delle richieste di supporto emotivo e di empatia mentre i medici tendono ad usare categorie di linguaggio biomedico sia per fornire spiegazioni adeguate al proprio ruolo sia a scopo difensivo" (Porcelli P. 2009).

In questo scenario si ritrovano tracce di antiche relazioni primarie anche qui il paziente cerca la rassicurazione non solo nelle parole ma anche nello sguardo del medico, nella sua vicinanza e empatia. Come si è detto le precedenti esperienze giocano un ruolo importante nell'orientare il rapporto terapeutico verso il successo o il fallimento.

Un medico (ma è importante per tutte le figure che esercitano professioni di aiuto) dovrebbe dedicarsi all'osservazione e all'analisi dei propri atteggiamenti tenuti con i pazienti con cui tratta, cercare di sviluppare una propria sensibilità, essere capace di mettersi in discussione. Se un paziente peggiora, dice M. Balint, siamo portati a pensare che la volontà del paziente o qualche evento avverso abbia prodotto il peggioramento: una delusione, una malattia intercorrente, un abuso, un abbandono, ecc... più raramente ci chiediamo se ci sia stato

un nostro errore di comportamento, forse non abbiamo capito qualcosa e abbiamo frainteso o deluso le aspettative del paziente. Per es. un paziente può peggiorare in vista o durante le nostre vacanze vissute da lui come un abbandono, un disinteresse nei suoi confronti e non importa quanto sia irrazionale questo concetto, lo stile di attaccamento è insicuro. Balint sostiene che il medico è di per sé una medicina, quella che si somministra più spesso ma non ne è consapevole e, come ogni medicina, può avere effetti curativi o dannosi.

L'irrazionalità a cui faccio riferimento riguarda appunto la rappresentazione che il paziente costruisce inconsciamente nella propria mente: il medico può essere immaginato come un padre rassicurante e protettivo o una madre accogliente e premurosa o un giudice severo, un padre debole e incapace, una madre ipercontrollante, rifiutante, indifferente/anaffettiva, abbandonica e in molti altri modi. Tutto ciò dipende non solo dai reali rapporti che si sviluppano nella relazione terapeutica. Il soggetto tende a ricreare gli stessi rapporti che sono stati quelli originari nella propria vita (*coazione a ripetere*). Naturalmente la ripetizione dipende anche dalla risposta del medico che può essere "vittima" inconsapevole delle proiezione del paziente ma può anche, con risposte opportune, limitare o modificare le proiezioni. Queste aspettative e costruzioni mentali sono descritte come *transfert* del paziente sul medico e possono influenzare l'atteggiamento del medico che viene spinto a operare inconsciamente in un certo modo. Questo tipo di pressione psicologica sul medico è descritta in psicoanalisi come *identificazione proiettiva* in cui il soggetto inconsciamente, il paziente in questo caso, attua una scissone interiore, si libera di parti di sé, sentimenti, pensieri, che gli risultano penosi e li proietta nell'altro e lì li controlla. Questa difesa fa sì che non avvenga una separazione fra soggetto e oggetto che rimangono legati da un rapporto distruttivo. Per es. un soggetto può attribuire colpe all'altro per non sentirsi responsabile dei propri errori. Ora non è necessario che il medico riesca a comprendere analiticamente le dinamiche in atto ma è bene che tenga conto, specie con i pazienti difficili, che l'andamento della relazione dipende da altre relazioni avvenute in passato che si fanno sentire più o meno appropriatamente.

Il medico, da parte sua, ha bisogno valutare le proprie risposte

emotive, cioè il proprio *controtransfert*. I sentimenti che prova in un incontro sono comunque espressione di comunicazioni dei sentimenti del paziente. Se il medico si sente arrabbiato, frustrato, deluso probabilmente sente l'ostilità, la frustrazione e la delusione del paziente anche se non sono espresse apertamente. Quanto detto sulla rabbia vale anche per altri sentimenti negativi o positivi (indifferenza, sconforto, angoscia, gratitudine, tenerezza, seduttività, ecc.). La consapevolezza dei sentimenti in gioco permette di comprendere molto di più di quanto viene esplicitato verbalmente. Per es. un soggetto non mostrando alcun miglioramento dalle cure, come invece ci si sarebbe ragionevolmente atteso, esprime un'aggressività rimossa che si manifesta frustrando i tentativi del medico a costo di un proprio danno. La terapia non procede se non si comprendono le motivazioni di tale risentimento. Naturalmente non si tratta di giudicare l'atteggiamento del paziente ma di comprenderne le ragioni, qualunque esse siano.

La diagnosi globale

Il medico di medicina generale, specie nei centri piccoli, è anche a conoscenza dell'ambiente in cui vive il paziente. Spesso cura anche i familiari o li conosce. È un materiale ricco di informazioni che viene sottovalutato. Durante la discussione del caso nei gruppi Balint i medici si accorgono di quanti elementi di conoscenza hanno a disposizione e che non valorizzano, oppure di quante cose non sanno che dovrebbero conoscere per comprendere la persistenza o l'insorgenza di certi disturbi.

Dall'insieme di questo ricco materiale emerge "*la diagnosi globale*" di Balint che può riguardare una sola persona ma anche l'intera famiglia. Essa si basa "in parte sui disturbi lamentati dal paziente e sui risultati delle visite, ma principalmente su modo del paziente di stare in relazione con le persone, incluso il suo medico". (Balint E. 1993).

Partecipare a un gruppo con nel quale discutere le proprie difficoltà ha, di per sé, un effetto benefico. Il gruppo inizia la discussione dai dati somatici riferiti e dalle impressioni che il curante ha provato. Questi verbalizza le proprie emozioni, trovando le parole adatte per esprimerle, ricerca le metafore, presenta i dati sotto forma di una narrazione che lega i dati somatici e storico-biografici,

costruisce così il profilo del paziente più articolato e complesso e i sentimenti in atto divengono più consapevoli e individuabili.

Rispecchiamento nei gruppi Balint e creazione di uno spazio condiviso

Quando viene riferito un caso nel gruppo Balint i partecipanti trasformano il racconto in rappresentazioni mentali, essi non vedono il paziente, ma fanno un "*sogno*" sul paziente lo rappresentano nel rapporto col medico, creano uno spazio immaginario. E. Balint parla di "*congetture immaginative*". Ipoteticamente la visione diretta della visita porterebbe a interventi più rispecchianti la realtà "grezza", non quella immaginata. Quando si legge un libro trasformiamo le parole in un sogno, se questa funzione fosse deficitaria il libro rimarrebbe un insieme di parole e non avrebbe alcuna risonanza emotiva. Questo tipo di sogno ad occhi aperti lo facciamo sempre, ma non ne siamo del tutto consapevoli, anche tra i testimoni oculari di eventi fortemente traumatici le testimonianze non sono univoche, evidentemente ognuno proietta dei contenuti psichici propri. Quindi, quello che noi definiamo una oggettività delle cose, non è realmente tale, le nostre esperienze, le nostre conoscenze, le nostre relazioni in qualche modo ci danno la griglia su cui leggiamo i fatti esterni. L'incapacità a trasformare gli eventi vissuti in "sogni" dipende dalla personalità del soggetto ma anche dalla intensità emozionale dei fatti. Quando questa trasformazione fallisce o compaiono dei vuoti nella funzione del pensiero o i fatti si ripresentano immodificati nella mente. Un'esperienza emotiva può non essere sognata perché è troppo dolorosa, o troppo inquietante per i contenuti aggressivi, superando i limiti della capacità di contenimento della mente. Una delle funzioni principali del gruppo Balint è proprio quella di riuscire a costruire *uno spazio immaginario condiviso*, un sogno sul paziente e la sua relazione col medico a partire dai dati esposti dal relatore. Quando è impossibile per una certa persona sognare, cioè, trasformare, assorbire, integrare, nella propria esperienza certi traumi acuti o cronici, situazioni di difficoltà esistenziali e/o relazionali, la reazione si manifesta sottoforma di disturbo somatico o psichico e si ripete identico o trasmigrando da un organo all'altro.

Quando il gruppo riesce a costruire un sogno che parte dai dati oggettivi, dotato di una sua coerenza (senza escludere le contraddizioni e le domande irrisolte), e il medico relatore lo fa suo, allora avverranno alcuni cambiamenti negli incontri successivi: il medico sarà interessato a procedere a una diversa valutazione dei disturbi e a prendere in considerazione il paziente nella sua globalità, come persona. Tutto ciò ha una ricaduta sia sulla relazione che sull'andamento della malattia.

Traumi gravi e ripetuti o malattie severe sono difficilmente integrabili, eventi per i quali ci vuole molto tempo per recuperare o adattarsi e hanno una funzione di limitazione della vita ma anche di sequestro di aree della mente. Questo vuoto non è senza conseguenze perché ha un'azione sulla capacità di pensare, sulla capacità di immaginare, di percezione dei propri sentimenti ed emozioni. La mancata simbolizzazione e integrazione di una parte del sé è un cofattore più o meno incisivo nella eziopatogenesi di molti disturbi.

Bibliografia

Ayers M. (2003) *Mother Infant Attachement and Psychoanalysis*. ED Brunner-Routledge, East Sussex.

Balint E. (1996) tr. it. *Prima che io fossi io*. Armando, Roma.

Balint M., Balint E. (1970) tr. it. *Tecniche psicoterapiche in medicina*. Einaudi, Torino.

Bion W. (1963) tr. it. *Elementi di psicoanalisi*. Armando, Roma.

Biondi M. (2007) *Psicobiologia della relazione medico-paziente*. Atti XXI Congresso SIMP Firenze.

Lieberman M., Marks A. D., Smith C. (2007) tr. it. *Mark's Essentials of Medical Biochemistry*. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

Manganelli L., Fava G.A., Grandi S., Grassi L., Ottolini F., Porcelli P., Rafanelli C., Rigatelli C., Sonino N., (2005) Assessing demoralization and depression in the setting of medical disease. *J. of Clinical Psychiatry*, 66: 91-394.

Mcdougall J. (1990) tr. it. *Teatri del corpo.* R. Cortina, Milano.

Porcelli P. (2009) *Medicina psicosomatica e psicologia medica*. R. Cortina Milano.

Winnicott D. (1970) tr. it. *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando, Roma.

La psicodinamica della famiglia come gruppo
Riflessioni psico-antropologiche per la "clinica"

Mario G. Santini

Premessa: psicodinamica dei gruppi

L'organizzarsi in gruppo è una caratteristica fondante l'esistenza dell'uomo e della sua identità.

Ogni gruppo umano è caratterizzato da due livelli di espressione, rappresentazione ed esistenza. Per dirla con Bion; un livello di "lavoro" e un livello in "assunto di base". In altre parole; un livello formale evidente e un livello sostanziale ma meno evidente. Un livello sul piano della consapevolezza e un livello sul piano dell'inconscio, un livello comportamentale e relazionale e un livello psicodinamico.

Nel complesso i due livelli, nella loro complessità, sono complementari, nel senso che il livello comportamentale e relazionale è l'espressione dei giochi e conflitti psicodinamici, ma parallelamente contribuisce a determinare in parte la psicodinamica e i conflitti.

All'interno di un orizzonte "clinico" è importante riuscire a leggere i due piani contemporaneamente perché ogni nostro paziente vive e si rappresenta all'interno di un "campo" che ha entrambe le caratteristiche ed è la risultante dell'interazione fra i diversi livelli e funzioni.

Psicoantropologia del gruppo-famiglia

Questi gruppi espressivi sono caratterizzati da una diversa consistenza d'investimento sui due livelli sopra enunciati. La famiglia è un gruppo naturale e finalizzato.

Nel "gruppo famiglia" tradizionalmente si ha la prevalenza degli aspetti psicodinamici che condizionano e sono influenzati dagli aspetti relazionali. Il gruppo famiglia ha sempre mostrato delle variabili di organizzazione legate alla necessità di raccordare in modo

sufficientemente adattivo la psicodinamica interna al ruolo sociale assunto in quella specifica cultura.

Il rapporto tra dinamiche psicologiche interne e ruoli formali e organizzativi tende a rimanere stabile sempre in relazione alla cultura di appartenenza, ed alla storia.

Nella nostra cultura "occidentale" la struttura della famiglia si è caratterizzata da millenni in una forma monogamica tendente alla stabilità, con ruoli ben definiti fondati su un patriarcato più o meno temperato.

Sul piano antropologico questo modello è la risultante adattiva di antichi modelli umani legati alla struttura dell'economia di base, quello dei cacciatori-racoglitori e quello dei pastori-agricoltori. Strutture che si sono andate differenziando nel neolitico euroasiatico con la costruzione di un contenitore comportamentale e relazionale all'interno del quale si manifestano tutte le dinamiche dei rapporti di coppia, di genere e di generazione.

Questo è il modello che da sempre è stato studiato ed all'interno del quale sono stati collocati e interpretati i ruoli, i comportamenti e i vissuti personali. Ha costituito un modello per valutare il disagio, il benessere, la norma comportamentale degli individui.

Il cambiamento strutturale nella famiglia

Ormai da decenni questo modello è andato progressivamente non solo cambiando, ma si è destrutturato e ristrutturato in forme diverse non più leggibili attraverso le categorie antropologiche e sociologiche alle quali siamo abituati a fare riferimento. Ci troviamo per questo davanti alla domanda: qual è oggi la struttura prevalente?

Questi cambiamenti sono avvenuti sostanzialmente a livello dell'organizzazione comportamentale e relazionale apportando cambiamenti strutturali importanti nei cui effetti viviamo.

Tutto ciò sembra poi portare variazioni sul piano "psicodinamico" complesso, individuale ed intersoggettivo che sono ancora non ben valutabili perché per natura queste variazioni tendono a stabilizzarsi nel tempo.

Sul piano clinico ciò porta a delle difficoltà di lettura e d'interpretazione della fenomenologia psichica individuale che presenta

varianti insolite sia per frequenza, sia per intensità.

È quindi importante, pur continuando a seguire le griglie di valutazione consuete che sembrano insufficienti in rapporto alle variazioni di organizzazione e di struttura, cercare di individuare quegli aspetti che tendono a rimanere stabili e che sono il frutto di una sintesi arcaica tra "necessità psicodinamiche " e "mediazione culturale". Elementi stabili perché evolutivamente necessari e utili nell'attesa di poter gestire i nuovi assetti.

La ricerca di una base di continuità di fondo è necessaria per poter valutare ed intervenire in modo congruo nel disagio che è il target delle nostre professioni. Questa domanda assume un'importanza clinica perché in ogni caso il gruppo famiglia rappresenta il "campo" in cui si formano, si modificano e mutano i processi evolutivi individuali che condizionano l'esistenza.

In questo tentativo sembra che il modo più idoneo sia quello di risalire all'origine antropologica della famiglia, partendo da quanto sappiamo e dalle ipotesi credibili che possiamo ricostruire.

Come tutti i viventi la famiglia si forma storicamente attraverso due processi, interconnessi che si riassumono nel "complesso della filogenesi" e nel "processo dell'ontogenesi".

La filogenesi rappresenta gli elementi di base che costituiscono tutti i processi evoluzionistici di "ominazione", e quindi a livello individuale la formazione dei sistemi motivazionali di base espressi da comportamenti etologici e della psicodinamica, e che sono scarsamente modificabili. L'ontogenesi esprime il modo in cui individualmente la filogenesi si esprime in rapporto alle specifiche pressioni ambientali e per questo è più soggetta a variabilità adattive.

Tra filogenesi ed ontogenesi si può creare una relazione conflittuale o dissonante che nell'individuo si può esprimere nei conflitti noti alla psicodinamica.

La famiglia è notoriamente un gruppo, è il gruppo dinamico originario, è il "gruppo primario" e come tale è stato ampiamente studiato in prevalenza sul piano psicosociologico, relazionale e psicodinamico, credo che oggi per le ragioni suddette sia importante completarne lo studio sul piano "psicodinamico" con l'apporto "dell'antropologia" e "dell'etologia".

Sul piano psicologico le griglie cui facciamo solitamente riferi-

mento sono sostanzialmente due; quella sistemico relazionale e quella della psicodinamica delle relazioni primarie, che abbiamo assunto da tempo come misura di una norma ipotetica di vissuti e di comportamenti.

La complessità dinamica della struttura e delle relazioni familiari trova, però, un'origine psicobiologica che determina e attiva i vissuti emozionali e i comportamenti specifici.

Un punto focale sembra collocarsi nella particolare "natura neotenica" dell'uomo che pone al centro del gruppo famiglia non solo motivi di soddisfazione di bisogni individuali, ma la nascita, la sopravvivenza e lo sviluppo dei "cuccioli d'uomo" e la loro maturazione individuale.

Il "gruppo famiglia" è un gruppo naturale in cui spontaneità e determinismo si integrano perfettamente come si integrano fattori psicologici e culturali.

All'origine del gruppo famiglia si trovano, quindi, motivi di carattere biologico e antropologico che si esprimono con una ritualità che è culturale e psicologica.

Nella regolazione della vita della famiglia si hanno dinamiche complesse regolate fin dall'inizio dal processo interattivo tra '"attaccamento" e "accudimento", e che rispondono ai bisogni di protezione legati alla coesione del gruppo e che trovano espressioni ambivalenti nei processi di collaborazione e condivisione, conflitto e competizione, e parimenti d'identificazione, autonomia e separazione e individuazione.

Il gruppo famiglia può essere quindi osservato e analizzato sul piano psicologico, sociologico e relazionale, ma anche con un'ottica sistemica, etologica e psicobiologica ed ecologica. Basti pensare come questa complessità si esprime nella fase adolescenziale del ciclo di vita della famiglia.

Il complesso familiare si rappresenta e si esprime, quindi, su due livelli leggibili come psicodinamico e relazionale

Nell'ultimo secolo, con l'evoluzione della famiglia che passa da essere famiglia monogamica e patriarcale e famiglia nucleare e successivamente alla famiglia divisa e ricomposta, si ha una trasformazione del gruppo famiglia da un gruppo in cui prevalgono le relazioni, regolate dalla psicodinamica duale ed intersoggettiva, a un'or-

ganizzazione gruppale che assomiglia sempre di più ad un gruppo non sempre scelto, spontaneo con finalità obbligate dagli eventi e che tende ad assomigliare ad un bioniano "gruppo di lavoro" in cui la psicodinamica è caratterizzata sempre di più da meccanismi di difesa e di mediazione, espressione del livello in "assunto di base".

La psicodinamica del gruppo-famiglia o della famiglia come gruppo, è notoriamente, una psicodinamica complessa, che costituisce un campo di esistenza e di relazioni, la cui fenomenologia psicodinamica è segnata dalla complessità e si sviluppa su livelli diversi che richiedono una lettura e quindi approcci complessi e diversificati.

La psicodinamica tradizionale è segnata dalla struttura stessa della famiglia come gruppo strutturato e finalizzato. La "famiglia", relativamente al tempo, può essere anche considerata un *gruppo a termine*, quindi con un'alta variabilità dinamica possibile, perché i legami tra i partecipanti hanno naturalmente un'evoluzione che porta alla trasformazione e all'allentamento dei legami affettivi che si costruiscono su una base innata. Questo perché la famiglia è un gruppo regolato, sul piano psicobiologico, dalla centralità neotenica che normalmente si esprime, al suo inizio, con le dinamiche della "costellazione materna", come attivazione e organizzazione degli schemi motivazionali dell'accudimento. Questo fatto porta a particolari rapporti tra i membri che condizionano in modo specifico le relazioni.

Sul piano strutturale e sistemico relazionale si ha l'incontro di strutture diverse e di "sottosistemi diversi" con rapporti tra loro intricati e circolari. Oltre ai sottosistemi dei genitori e dei figli, si ha quello della coppia che evolve nella coppia genitoriale, si aggiungono poi sottosistemi generazionali e contingenti, di conviventi o collaterali (avi, parenti naturali o acquisiti). Sistemi segnati da legami naturalmente ambivalenti che oscillano tra l'attaccamento e la competizione, tra controllo ed autonomia.

Fenomenologia della famiglia che cambia

Com'è già stato osservato la famiglia come struttura è interessata, da qualche tempo, da un rapido cambiamento che sovverte, modifica e riaggrega il gruppo che ha cessato di essere rappresentato dagli

schemi tradizionali. In questo cambiamento c'è però una componente che rimane stabile e che giustifica uno studio dettagliato dei fenomeni; questa è la componente dei figli non solo come persone ma come portatori di bisogni anche radicali.

Questo elemento è quello che condiziona tutta la struttura e che è capace di esprimere il massimo del disagio nelle famiglie disfunzionali, disagio che per sua natura e genesi è portato a perpetuarsi e riprodursi anche attraverso la "catena del disagio".

Con il mutare della struttura della famiglia si ha il mutare delle relazioni e delle dinamiche interne che perdono in parte gli schemi tradizionali.

Un cambiamento importante è che nella famiglia come gruppo, non è più ben riconoscibile il sottosistema genitoriale, che essendo un sottosistema funzionale non eliminabile e necessario, si trova ridotto ad essere riconoscibile solo nella gestione individuale dei "codici"; il codice materno ed il codice paterno, mentre al livello del sottosistema dei figli si ha spesso un attivarsi virtuoso della "fratria" che è un fenomeno ed un processo diverso da "gruppo dei fratelli" e che tende ad opporsi alle spinte competitive, separative ed espulsive.

Non solo nei processi di osservazione e di studio, ma fondamentalmente per quanto clinicamente ci interessa, è importante individuare una griglia interpretativa che permetta di superare la parcellizzazione dei sistemi teorici, ma che contemporaneamente esprima l'unità funzionale ed esistenziale come processo storico mutevole ed evolutivo.

Il metodo di base tradizionalmente utile può essere quello di fissare le tappe, i cambiamenti, le criticità nel così detto "**ciclo di vita**" dando a questo concetto una dimensione estesa e complessa.

Prima però di applicare questo metodo, partiamo ancora da una definizione.

Sul piano antropologico la famiglia è un prodotto dell'evoluzione, è una struttura relazionale che si è selezionata perché assicura la sopravvivenza individuale e della specie e perché costruisce la personalità, specificatamente umana dei membri. In conformità a questo è un'entità flessibile e adattiva che può assumere diverse forme.

Questa definizione esprime bene la meccanica evoluzionistica umana che non si limita alla sopravvivenza biologica, ma compren-

de la soggettività e la cultura.

Sul piano antropologico evolutivo la "famiglia umana" può essere considerata quindi come un sofisticato sistema di adattamento finalizzato alla sopravvivenza. Appare subito chiaro che questo concetto rappresenta la struttura di base della famiglia dell'"Homo Sapiens" ed era perfettamente funzionale alla sua esistenza di "cacciatore-raccoglitore" e in seguito integrato in quella di "pastore-agricoltore". In seguito su questa base che è rimasta innata e funzionale, si sono innestati sistemi di adattamento non solo in rapporto alla pressione ambientale, ma anche in rapporto al cambiamento dei sistemi di riferimento culturale ed ai modelli sociali diversi. Nella storia dell'uomo si sono quindi venute a creare delle condizioni di disquilibrio, di conflitto e di dissonanza tra modelli psicoantropologici e culturali e la base innata psicobiologica.

Per comprendere bene questi fatti è necessario partire ancora dagli aspetti evoluzionistici, che ci portano necessariamente a evidenziare che la famiglia è strutturalmente centralizzata sulla sopravvivenza e l'adattamento vitale ed ambientale dei singoli membri ed in particolare dei bambini.

La struttura tradizionale della famiglia è organizzata in generazioni conviventi e sulla coppia genitoriale che centra le dinamiche di accudimento e attaccamento su un cucciolo neotenico. In questa struttura madre e padre svolgono funzioni diverse e complementari nei riguardi dei figli ed anche nelle relazioni reciproche. La funzione della coppia genitoriale è sempre, quindi, motivata dalla necessità di adattamento dei figli e quindi della famiglia stessa, ottimizzando le competenze di sopravvivenza. Questo, però, comprende anche importanti vissuti e comportamenti di "accudimento e di attaccamento" tra adulti, svincolati anche dalle finalità psicobiologiche e dal soddisfacimento dei bisogni, collocando questi meccanismi in un contesto di emozioni tipicamente umano.

I rapporti educativi e quindi la trasmissione di competenze, riconoscono anch'essi una base prevalentemente innata, che è quella dell'Homo Sapiens ed una parte culturalmente modificata che è in rapporto alle variazioni culturali ed ambientali, che portano ed assicurano quei cambiamenti che costituiscono una ricchezza evolutiva dell'uomo. Resta però necessario che tra i due livelli: quello innato

psicobiologico e quello culturale, si mantenga un rapporto funzionale di complementarietà e di variabilità che non porti a dissonanze eccessive, che sono sempre fonte ed origine di disagio e di patologia individuale che si esprime con meccanismi e fenomenologie complesse.

Le dinamiche dell'attaccamento e accudimento appartengono alla base stabile, innata e costante ed è per questo che hanno una particolare importanza per lo sviluppo normale o patologico dell'individuo.

La dimensione familiare è quella in cui si realizzano le così dette relazioni precoci, fondamentali nella formazione della struttura psichica individuale e che costituiscono la base relazionale di ogni psicologia individuale.

Attraverso questa via primaria si ha che il mondo delle relazioni entra come dato di fatto nella psicoterapia individuale e che quindi anche in questa è necessario tener conto della dimensione relazionale.

Sul piano concreto della clinica le tracce dell'attaccamento, le necessità primarie familiari, la riuscita o il fallimento della famiglia come sistema di adattamento sono sempre presenti nei temi che il soggetto porta in terapia e devono essere trattati in rapporto ai disagi connessi ed ai vissuti. I vissuti individuali relativi alle esperienze vissute nella famiglia in cui "si era" ed in quella in cui "si è", fanno parte integrante dell'identità personale che si fonda su una "storia personale".

Un livello più allargato del "gruppo famiglia" è il nucleo di base che ha dato origine a tutti gli altri gruppi umani. Ha insieme radici naturali e radici culturali, è il risultato di un lungo processo di evoluzione e di adattamento. Il processo evolutivo e adattivo nell'uomo è di per sé caratterizzato da un cambiamento che investe maggiormente gli aspetti culturali ed in minor misura gli aspetti naturali. Al cambiamento è sempre legata la criticità dell'equilibrio vitale.

La psicodinamica della genitorialità oggi tra "natura" e nuovi modelli

La base naturale della famiglia si fonda sulla "genitorialità" che nel fluttuare dei cambiamenti rimane una costante, ma solo quando

si "attiva" come tutti i comportamenti sorretti dai sistemi motivazionali, l'attivazione s'innesca quando si ha l'incontro tra esperienze, le esperienze apprese e le condizioni necessarie. In altre parole si è genitori per natura, ma s'impara ad esserlo anche essendo figli. La genitorialità si manifesta individualmente attraverso l'investimento parentale che ognuno fa nel completare il successo riproduttivo. Paradossalmente l'adattamento evolutivo "utilizza" sia un investimento di alta intensità sia quello di scarsa intensità. Riguardo a questo si possono distinguere sostanzialmente due modi nella strategia d'investimento; l'uno che tende a privilegiare la qualità della progenie, l'altro la quantità. La scelta è in rapporto alle difficoltà di adattamento imposte dall'ambiente. Le due modalità determinano anche diversi comportamenti di accudimento e relazionali.

L'"investimento parentale" è, in modo primario, una caratteristica della madre, ma anche del padre e dei fratelli maggiori, è sia diretto, cioè biologicamente finalizzato all'eredità genetica, sia indiretto, finalizzato cioè ad aumentare le possibilità di sopravvivenza. Nell'uomo poi assume un significato diverso all'interno delle dinamiche emozionali di coesione e d'identità personale e di gruppo.

L'investimento parentale è decisivo indipendentemente dall'intensità in cui si esprime ed anche quando si esprime solo nella forma, è importante anche quando i comportamenti sono dissonanti dalle emozioni, perché l'investimento è attivato e pilotato dalle necessità di sicurezza nell'attaccamento. Queste sono le situazioni che differenziano le varie forme di attaccamento in rapporto dialettico con le forme di accudimento.

La psicodinamica della famiglia

La famiglia è un gruppo unitario primario, spontaneo e motivato, intermedio tra individuo e società, è un'unità dinamica soggetta a cambiamenti continui, che si manifestano a livelli distinti ma interdipendenti: individuale, interpersonale, gruppale e sociale.

Livello individuale: ciascun membro della famiglia evolve, cresce e si trasforma nel tempo, per cui ogni famiglia deve confrontarsi e assecondare le trasformazioni relative allo sviluppo emotivo, cognitivo e fisico dei suoi diversi componenti.

Livello interpersonale: le relazioni esistenti tra i diversi membri della famiglia evolvono, portando significative modificazioni all'interno della famiglia stessa.

Livello gruppale e sociale: all'interno della famiglia intervengono cambiamenti importanti anche in seguito a trasformazioni della sua composizione e nel contesto sociale e culturale di cui fa parte.

Come ogni "organismo" la famiglia ha un proprio ciclo vitale, che si manifesta tradizionalmente attraverso le fasi di origine, crescita, cambiamento, declino, dissoluzione e rinascita.

Il ciclo vitale della famiglia è un insieme coordinato di cicli vitali individuali

Nella dinamica del "ciclo di vita", il gruppo familiare deve sapersi adattare ai continui movimenti trasformativi, ma conservare al contempo una propria stabilità e identità. I processi che lo riguardano, pertanto, saranno di due tipi complementari tra loro:

– *di cambiamento*: regolano il fluire dei mutamenti di assetto esistenziale.

– *di conservazione:* meccanismi che la famiglia mette in atto per "conservare" se stessa.

I due processi sono interdipendenti, in quanto la possibilità, per una famiglia, di rimanere se stessa è legata alle sue capacità di mutare in relazione ai bisogni di cambiamento dei suoi membri e a quelli che intervengono nell'ambiente in cui è inserita.

Come tutti gli organismi viventi e le strutture sociali, anche la famiglia, quindi, essendo sia un organismo vivente sia una struttura sociale e relazionale, ha un ciclo vitale: in cui nasce, cresce, si riproduce e muore. In questo processo attraversa, come gli individui, momenti di crisi che mettono alla prova la salute, la maturità, l'equilibrio, la resilienza e la capacità adattiva ed evolutiva del gruppo e delle persone.

Vi sono periodi di crisi che implicano momenti evolutivi, di crescita; in altre occasioni può succedere che la famiglia blocchi il suo sviluppo perché non sa superare adeguatamente le crisi.

Ogni crisi implica il dover affrontare delle situazioni di perdita, e pertanto la necessità di elaborare dei lutti. In clinica può accadere che disagi sia fisici sia mentali di qualcuno dei membri possono comparire come tentativo di soluzione e di compenso emotivo.

Tra i tanti proposti, un modello utile per descrivere le tappe del ciclo di vita familiare è "Il modello di Carter e McGoldrick (1980) che si colloca all'interno della teoria dello sviluppo familiare e che integra contributi derivanti dalla sociologia, dalla psicologia e dagli interventi psicoterapeutici. In questo modello è interessante l'intento di rappresentare lo sviluppo della famiglia normale e delle relative dinamiche relazionali, considerando anche che la famiglia è l'unità di base per lo sviluppo emozionale individuale.

Schematicamente lo sviluppo si può collocare su due assi: l'*asse verticale* che riguarda la trasmissione dei modelli relazionali di generazione in generazione e che rappresenta la "storia" e *un'asse orizzontale* che indica le "crisi" e gli eventi, normativi e paranormativi, che coinvolgono la famiglia nella sua attualità esistenziale.

I sintomi rivelatori del disagio e del malfunzionamento del sistema nascono dove s'intersecano problemi derivanti dai due assi contemporaneamente.

In questo modello le fasi di sviluppo del ciclo di vita si riassumono in tappe che sono definite da stati ed eventi individuali e relazionali, segnati dalla polarizzazione legata alle fasi di vita dei componenti; della coppia, della genitorialità, le fasi dell'età evolutiva.

Nelle diverse fasi il compito è quello di accettare il cambiamento dei ruoli generazionali, mantenendo il funzionamento dei ruoli, sostenere gli anziani, attivare e aiutare la crescita dei giovani.

Questo modello ha bisogno d'integrazioni con il punto di vista socio ambientale; per cui oggi è necessario prendere in considerazione le trasformazioni dei modelli familiari in epoca moderna, concependo come normali famiglie che non presentano un'evoluzione corrispondente alle fasi previste dal modello "tradizionale.

Gli attuali orientamenti considerano le fasi del ciclo di vita come composte al loro interno da: *microtransizioni* quotidiane, da cui dipende la capacità della famiglia di affrontare con successo gli *eventi critici* presenti nei diversi momenti evolutivi.

Il concetto di *sviluppo familiare* si costituisce in senso sovraordinato ed include *compiti di sviluppo, fasi di sviluppo e microtransizioni.*

Gli *eventi critici* sono costituiti da accadimenti che caratterizzano una fase del ciclo vitale in cui si attiva il passaggio ad uno stadio

successivo. Si determina una *fase di rottura* con le precedenti modalità organizzative; successivamente s'instaura un *momento di transizione* che può sfociare in una *riorganizzazione evolutiva*, oppure se la famiglia non è in grado di affrontare i *compiti di sviluppo* specifici e richiesti, può cadere in una *destrutturazione del sistema*.

Gli eventi critici possono essere sostanzialmente di due tipi:

- Prevedibili perché facenti parte del normale ciclo di vita delle famiglie. (per es. l'adolescenza).
- Non prevedibili perché non legati agli eventi del normale sviluppo della famiglia.

Segnano entrambi *momenti di discontinuità* nel ciclo di sviluppo. Danno luogo, anche, a *momenti di continuità* caratterizzati dalle microtransizioni attraverso le quali lo sviluppo è un processo continuo in cui oscillano e coesistono vecchie e nuove modalità di comportamento

Le *microtransizion*i quotidiane favoriscono la capacità della famiglia di affrontare con successo gli eventi critici presenti nei diversi momenti evolutivi.

Gli *eventi critici* inducono la famiglia ad affrontare specifici *compiti di sviluppo*, che assumeranno aspetti differenti a seconda del significato che la famiglia, nel suo insieme, attribuisce all'evento stesso. Inoltre, *le risorse* a disposizione della famiglia si riveleranno fondamentali per il suo successo evolutivo, coordinando: *risorse personali, risorse familiari, risorse sociali*, che attivano *reti di sostegno* sia *formali* sia *informali*.

Se la famiglia è in grado di cambiare e adattarsi alle situazioni, si rivela *normale* e non *patologica*. Se essa non è in grado di adattarsi, possono comparire sintomi in un membro della famiglia o in tutto il sistema: essi sono, spesso, tentativi di provocare un cambiamento o richieste di cambiamento.

Salute e malfunzionamento

Una *diagnosi dinamica* prevede che il sintomo colleghi l'individuo alla sua famiglia: per il miglioramento del singolo membro dovranno riorganizzarsi le relazioni tra i membri e tra la famiglia e il contesto sociale.

Com'è stato già rilevato, in rapporto alle evenienze e ai mutamenti storici e sociali la famiglia ha subìto una progressiva trasformazione della propria struttura indipendentemente dai cambiamenti riguardanti la stabilità e la continuità. Le trasformazioni sono sul:
– *piano funzionale*: Cambia il valore sociale della famiglia.
– *sul piano strutturale*: si è evidenziata la tendenza alla riduzione del numero dei membri.
– *sul piano diacronico*: si è dilatata l'interdipendenza tra generazioni.

L'insieme di questi processi ha determinato che gran parte delle famiglie si organizzano in modo nuovo e diverso. In generale la famiglia sembra definirsi sempre più sulla base dei legami affettivi che sulla base dei vincoli formali e legali.

Nel modello del ciclo vitale della famiglia le crisi coincidono generalmente con i momenti emotivamente significativi della vita familiare legati al suo ciclo storico e evolutivo, che determinano cambiamenti; come nascite, separazioni, transizioni evolutive.

In linea tradizionale, intendendo con questo termine cosa dobbiamo aspettarci se gli equilibri tra i diversi e complessi fattori rimangono nella fisiologia di una funzione evolutiva e adattiva, domandiamoci su che parametri possiamo fissare la fenomenologia di una famiglia non problematica.

È preferibile parlare di *famiglia sana* e non di famiglia normale perché questo termine allude più a un criterio normativo e quindi all'adempimento di certe norme socioculturali, che esprimono solo una parte della complessità della famiglia.

Possiamo schematizzare che una famiglia sufficientemente sana è caratterizzata da:
– il predominio delle funzioni introiettive sulle proiettive,
– il predominio della sessualità esogamica rispetto a quella endogamica,
– lo sviluppo di un clima emozionale di fiducia,
– un'organizzazione gerarchica, con frontiere sessuali e generazionali chiare,
– la capacità di cambiamento durante il corso della vita familiare,
– la capacità di equilibrio tra intimità e distanza nelle relazioni intrafamiliari.

– la possibilità di una relativa indipendenza dei membri tra loro e la possibilità di sopportare la vicinanza,
– la possibilità di utilizzare i conflitti in modo positivo, stimolando i cambiamenti e l'adattamento a nuove situazioni,
– la plasticità nella condotta e nell'assunzione dei ruoli,
– la presenza di processi di mutualità, che implicano la possibilità della famiglia di comunicare tra i suoi membri per risolvere congiuntamente i problemi,
– un adeguato grado di discriminazione sé-oggetto,
– il riconoscimento del corpo, senza negazione né scissione dalla mente,
– l'equilibrio nella relazione dei membri tra oggetti interni ed esterni,
– non accettazione dei periodi di blocco dello sviluppo,
– un'interdipendenza *reciproca sana, generatrice di risorse dell'Io.*

Parafrasando Winnicott, una famiglia sana è capace di muoversi con plasticità ed equilibrio nelle seguenti quattro aree: la vita nel mondo (extrafamiliare), la vita nel mondo intrafamiliare, la vita della realtà interiore di ognuno degli individui, l'area dell'esperienza culturale (gioco, umore, creatività).

Alla ricerca dei criteri di osservazione nella fenomenologia della famiglia

Continuando nel tentativo di individuare una griglia d'interpretazione della psicodinamica familiare, che possa aiutare a districarsi, in particolare nell'approccio "clinico", possiamo aggiungere complessità al nostro schema.

È noto com'è già stato osservato che la famiglia come gruppo si articola normalmente in sottosistemi su base "generazionale"; il sottosistema dei genitori e il sottosistema dei figli, che su un piano più generale è riassumibile nel sottosistema degli adulti ed in quello dei soggetti in età evolutiva. La psicodinamica familiare intersoggettiva si svolge sia all'interno dei singoli sottosistemi sia tra i sottosistemi e si realizza in una rete di rapporti che si tesse nello spazio intermedio tra i due sottosistemi. Questa dinamica complessa è in relazione e dipende dalla consistenza della dinamica individuale ed intersoggettiva.

Semplificando ed esemplificando; il sottosistema genitoriale è caratterizzato da un processo psicologico, indipendente dallo stato formale, che va dalla dinamica di coppia alla dinamica di coppia genitoriale, in cui sono attivati i "codici" specifici di genere; materno e paterno, che mutano il tono ed i contenuti della relazione di coppia. Il sottosistema dei figli evidenzia dinamiche diverse in rapporto al numero dei figli; il figlio unico gioca di solito un ruolo di "terzo" partecipe nella dinamica di coppia, mentre nel gruppo di più figli si creano e si sviluppano i legami di "fratria" tra competizione e solidarietà. I legami della fratria oscillanti tra competizione e solidarietà sia nel rapporto con i genitori sia col mondo esterno, sono legami estremamente importanti nella costruzione dell'autonomia individuale.

Secondo il modello del "ciclo evolutivo della famiglia" tutte queste dinamiche possono essere considerate come l'estensione dei modelli di attaccamento individuale al contesto relazionale familiare attraverso modalità che sono alternativamente simmetriche ed asimmetriche. Estensione di modelli individuali tanto che s'introducono all'interno del contesto descritto dinamiche che appartengono a fasi precedenti della vita e degli attaccamenti degli adulti, che precedono la relazione di coppia generatrice della famiglia. Sono queste intrusioni non solo di carattere psicologico ed emotivo ma anche fisiche tanto da realizzare "innesti" con i relativi meccanismi d'integrazione o di rigetto.

Com'è già stato osservato, ormai da diverso tempo, la struttura del "gruppo-famiglia" è andata progressivamente mutando, legandosi sempre di più ai rapporti interindividuali e intersoggettivi. Questo fatto sembra da un lato dare maggior plasticità e variabilità adattiva, ma dall'altro attiva problemi di carattere psicodinamico e relazionale che richiedono modelli di gestione nuovi e diversi.

Oggi la famiglia assume forme diverse dalle tradizionali che coinvolgono principalmente il rapporto tra gli adulti. Generalmente si ha una ridotta stabilità dei legami di coppia che s'inserisce nei ritmi evolutivi ed esistenziali dei soggetti.

Oggi accanto al permanere della famiglia tradizionalmente strutturata e caratterizzata da una relativa stabilità anche se spesso conflittuale e contraddittoria, sono frequenti e in incremento: *le fami-*

glie monogenitoriali, le famiglie divise, le famiglie ricomposte.

Credo che sia necessario o quantomeno utile, sempre con un orientamento clinico, individuare dei punti nodali in cui il gruppo famiglia può trovarsi sempre in una fase di "criticità e di transizione", punti nodali che possano rimanere stabili nel vorticoso mutare degli assetti della struttura familiare.

Indipendentemente dai "lutti" e dai fattori traumatici estrafamiliari (economici), nel mutare e nel fluttuare ciclico dell'assetto familiare possono essere individuati dei momenti costanti e stabili in cui si condensa la criticità, la transizione e il mutamento. La normalità e la criticità inducono variazioni nelle fasi essenziali che determinano la vita della famiglia, identificabili: nella *nascita neotenica*, nella *lunga fase infantile*, nell'*adolescenza*, nello *scioglimento naturale dei legami*.

Schematizzando brevemente: la nascita neotenica è quel processo che attiva normalmente le competenze "genitoriali" sia nell'individuo sia nella coppia, sia come realtà fattuale sia come progetto ed esprime la base istintuale e motivazionale della formazione dei legami familiari.

L'adolescenza dei figli innesca nei figli, ma anche nella coppia genitoriale e nella fratria, processi turbinosi e contraddittori verso i meccanismi di separazione e individuazione. Meccanismi questi che da una parte determinano l'inizio di nuove relazioni di coppia estrafamiliare e dall'altra impongono un assetto di riorganizzazione radicale verso la conclusione dell'esperienza di vita.

Le trasformazioni più significative che sono avvenute da alcuni decenni coinvolgono prevalentemente e primariamente l'assetto della coppia e innescano cambiamenti che tendono a perpetuarsi sia come modelli culturalmente appresi sia come modelli interni. I cambiamenti coinvolgono cioè le già citate fasi critiche della "nascita neotenica" sia dell'adolescenza, in quanto la coppia è la fase terminale dell'adolescenza e la fase iniziale nella nuova nascita. In mezzo a questi due punti si colloca tutta la dinamica dei processi formativi della persona.

Cambiamenti significativi sono avvenuti nella transizione verso la "coppia genitoriale" e la costruzione del patto genitoriale. Tutto ciò si svolge sempre più su un piano personale, mentre le relazioni di cop-

pia esasperano spesso l'aspetto di competizione nell'espressione funzionale con una conseguente alterazione dell'equilibrio tra i "codici".

Si sono create nuove "forme" familiari, circoscritte a nuove realtà, che si correlano, tra l'altro ad *eventi critici*, tra cui: il prolungamento della permanenza a casa dei figli, l'aumento di famiglie separate e ricomposte, la differenza tra generatività biologica e sociale (sterilità o fertilità ridotta, adozioni).

Fra le nuove forme di convivenza familiare una particolare attenzione psicodinamica meritano le *famiglie ricostituite*, che rappresentano una nuova tipologia familiare, formata da una coppia e dai figli dell'uno o dell'altro partner, nati da precedenti relazioni affettive (matrimonio, convivenza). La famiglia si ricompone e si ricostituisce su basi, tempi, strutture e diverse condizioni. Nelle famiglie ricomposte si realizza un'elevata *complessità strutturale* in cui *più figure genitoriali e filiali "convivono", la rete parentale* acquista un'importanza maggiore rispetto a quella tradizionale, il genogramma familiare assume una configurazione differente: se nelle famiglie nucleari il genogramma era rappresentato da un albero *a sviluppo verticale*, per quelle ricostituite è rappresentato da un cespuglio che si ramifica e si estende in una rete di *legami orizzontali e paralleli*. Tutto ciò varia in rapporto a una riduzione *dei confini precisi e dei criteri di appartenenza univoci*, dalla molteplicità dei legami, dal rischio di problemi identitari aggravati dall'assenza di norme sociali stabilite. Il nuovo partner entrando nella famiglia monogenitoriale viene ad assumere una "funzione allevante" nei confronti dei figli. Si modificano i ruoli per cui non esiste *un ruolo genitoriale socialmente condiviso*: ognuno svolge una funzione educativa conforme alle proprie aspettative ed alle esigenze della nuova famiglia, sia esso un genitore aggiuntivo, un amico, un confidente, un educatore ed un modello con cui identificarsi. Si assiste a un fenomeno correttivo della "fragilità genitoriale" che parte dalla "maternalizzazione" o "contumacia" dei padri, dall'ambivalenza materna, dalla separazione della coppia genitoriale, che obbliga ogni "singolo genitore" a riassumere in se entrambi i ruoli ed esprimere entrambi i codici.

Tutte le modificazioni della famiglia cui stiamo assistendo si basano su eventi sociali e culturali" che interferiscono sulla struttura

che è fondata su elementi "antropologici necessari" e che assicurano stabilità nella mutevolezza

Considerando i cambiamenti e se, com'è già stato osservato, la "famiglia" è un gruppo, una struttura umana che è stata studiata da molteplici punti di vista, credo che sia importante individuare una base comune che giustifica poi le diverse epistemologie di studio. Coerentemente la base comune unificante non può che essere individuata all'interno di una fenomenologia che rimane costante sul piano psicobiologico e psicodinamico. Già sul piano antropologico la struttura della famiglia evidenzia delle variabili che sono in rapporto al variare della cultura, dei costumi, e in definitiva agli aspetti di espressione di quello specifico gruppo umano all'interno dei meccanismi generali d'interazione con l'ambiente naturale.

Già l'etologia sembra aver evidenziato delle costanti comportamentali, e quindi innate, nelle relazioni familiari, vedi ad esempio i comportamenti e i segnali seduttivi e di corteggiamento da una parte e i segnali d'interazione comunicativa tra madre e figlio, ad un estremo anche i rituali d'iniziazione.

Queste costanti sembrano addensarsi intorno a diversi momenti della storia della famiglia, che possiamo così schematizzare:

- *L'incontro di coppia e l'evoluzione della "genitorialità".*
- *La "nascita neotenica" con tutti i correlati perinatali.*
- *L'infanzia prolungata e l'adolescenza*
- *La differenziazione e la scissione generazionale.*

Anche se questo non esaurisce tutto il significato psicologico, sociale ed esistenziale della famiglia, appare che la "naturalezza" nel senso di strutture comportamentali innate si coagula intorno all'attivarsi di complessi comportamentali ed emozionali sostenuti dalla soddisfazione esistenziale (principio del piacere) che accompagnano la nascita e la formazione della "persona".

Nascita e formazione, di fatto, costituiscono l'unico momento che "naturalmente" è fisso e costante e che ammette e sopporta variazioni comportamentali limitate e che quindi dà senso alla "famiglia come struttura" all'interno delle moltissime variazioni antropologiche, etniche, sociali e culturali.

La famiglia quindi si muove su delle costanti che hanno una base "naturale" che attiva comportamenti individuali che appaiono esse-

re innati e naturalmente finalizzata alla formazione biologica e psicologica di nuovi individui. Intorno a questo nucleo si articolano diverse variabili "culturali" che costruiscono la struttura reale della famiglia e che si esprimono nella soddisfazione e nella frustrazione esistenziale dei singoli componenti.

A questo riguardo non è decidibile quale sia la forma di relazione "genitoriale" più naturalmente fisiologica. Ad esempio fra le variabili, la durata del "legame coniugale" è un fatto culturale condizionato da motivi che appartengono a quest'ambito compresi quelli etici, religiosi, economici e sociali. In natura il legame coniugale genitoriale è funzionale ai bisogni dei figli ed è ritmato dal loro sviluppo. Nelle società che vivono in ambiente naturale particolare e più vicino agli schemi arcaici come tra alcuni gruppi di Boscimani di Indios Yanomani, il rapporto genitoriale è monogamo a termine perché tende a sciogliersi quando il figlio ha intorno ai sette o otto anni e viene affidato alle cure generiche del gruppo. È significativo pensare che quella che nella nostra società tradizionale si chiamava la "crisi del settimo anno" potesse essere in rapporto all'attivarsi autonomo ed incongruo di questa sincronizzazione evolutiva che per noi rimane teorica. Lo stesso può dirsi per le frequenti crisi nella coppia genitoriale all'esplodere dell'adolescenza nei figli.

È sullo scandire di questi momenti che si esprime tutta la "psicodinamica" che sembra identificarsi con la "psicofisiologia" della famiglia, gli altri filtri di lettura: sociologico, relazionale, antropologico-culturali appaiono essere perfezionamenti complementari particolarmente dal punto di vista operativo e clinico.

Le costanti e il mutamento. La crisi genitoriale

È significativo come il primo e l'ultimo stadio di formazione della famiglia abbiano tra loro una relazione che attiva una circolarità in cui la famiglia nasce da un incontro di coppia e si esaurisce con l'attivazione di una separazione che tende a gemmare nuove coppie. Schematicamente le fasi e le tappe del processo sono così riassumibili.

La formazione della coppia è in rapporto diretto, almeno in senso primario, con le dinamiche psicobiologiche della maturazione della

sessualità e della psicosessualità dell'adolescenza. Le costanti psicodinamiche s'incentrano sulla ricerca del partner e l'attivazione dei comportamenti di seduzione e di corteggiamento, che anche se su base innata sono individualmente "coloriti" dalle esperienze primarie fissate in modelli interni d'interpretazione emozionale delle relazioni intersoggettive significative. La formazione della coppia evolve verso una "relativa stabilità" emozionalmente fondata che costituisce una preparazione alla successiva evoluzione.

La tappa successiva è quella della formazione della *coppia genitoriale*. Indipendentemente dal progetto specifico che può esserci e non esserci, le dinamiche motivazionali di accudimento reciproco nella stabilità evolvono verso la ricerca di un oggetto esterno alla coppia. Si attiva quella che Stern definisce come "costellazione materna".

La *costellazione materna* è il complesso psicodinamico correlato alla "nascita neotenica" anche perché la prepara nella mente della madre e dei genitori. Con la nascita del figlio la coppia genitoriale mostra in modo più evidente i correlati con la nascita neotenica con l'articolarsi nella diversità e nella complementarietà dei codici "materno e " "paterno" lungo il percorso dell'*infanzia prolungata* dell'uomo. È all'interno di questo periodo che va dalla nascita all'esplosione adolescenziale dei figli, che si evidenziano in modo significativo molti dei fenomeni di crisi nell'equilibrio relazionale ed esistenziale della famiglia. Momenti di crisi che si accentuano anche ed oltre l'adolescenza.

L'*esplosione adolescenziale* costituisce la fase di risoluzione dei legami e l'inizio del processo di scissione trans-generazionale. Una struttura relazionale e psicodinamica innata che si attiva in modo diverso secondo i bisogni è quella che definiamo come *fratria*, che si fonda sulla relazione tra i "pari" all'interno della famiglia e poi fuori da essa.

Su questo tessuto di base si sviluppano e si esprimono tutte le dinamiche interpersonali, tutte le differenziazioni strutturali e relazionali che si evidenziano e attraverso le quali studiamo e descriviamo la famiglia sul piano della prassi sociale e relazionale. Si sviluppa tutto uno spettro di comportamenti legati alle variazioni individuali dell'uomo che si collocano all'interno di uno spettro di variazione

che ne definisce la fisiologia e la patologia.

Nei mutamenti evolutivi che hanno portato da diversi anni a differenti assetti della famiglia, sono evidenziabili arresti, cambiamenti di percorso, variazione dei tempi del ciclo di vita personale e gruppale, che non possono essere valutati in assoluto secondo schemi interpretativi tradizionali, ma solo attraverso le variazioni nel processo primario di "accudimento e formazione". Tutto ciò porta però ad un altro problema; non è opportuno valutare solo con un metro di giudizio tradizionale che fa riferimento a schemi culturali e relazionali che erano in chiave con un contesto sociale diverso e passato, ma è necessario trovare schemi di riferimento diversi che si fondino sull'attivazione delle competenze adattive ed evolutive dei bambini e dei giovani. Queste tra l'altro sono misurabili, almeno per ora, solo attraverso un'analisi seria del "disagio vissuto", " dei meccanismi di difesa", delle "capacità adattive" intese in senso evolutivo e non regressivo, sul piano soggettivo su quanto i giovani riescano a "maturare" sicurezza, intersoggettività e pensiero critico.

Le conclusioni cui siamo arrivati non intendono riferirsi a un modello di famiglia naturale, ma solo recuperare quelle basi psicobiologhe ed evoluzioniste che stanno alla base della famiglia come struttura in cui l'uomo evolve dalla natura alla cultura.

In rapporto al modello di "famiglia naturale", nel vissuto delle famiglie, nelle relazioni e nei valori che le tengono unite, emergono nuove moralità, sfide delicate, battaglie di emancipazione, forme di amore che si coniugano con l'autonomia. Quello che era l'imperativo biologico della riproduzione, si è arricchito di nove forme di convivenza e di affetti, anche attraverso processi di decostruzione e ricostruzione. La famiglia ha cessato allora di rappresentare socialmente un interesse superiore a quello degli individui che la compongono.

L'affermarsi della maternità e paternità responsabile in rapporto alla valutazione delle risorse e dei bisogni si è espressa con il calo delle nascite. La famiglia oggi non è più fondata esclusivamente sulla riproduzione, ma sulla convivenza affettiva. Se la valorizzazione degli "affetti" è indubbiamente una conquista ed un progresso psicologico, la bassa natalità non rappresenta di per sé un segno di progresso sociale, ma piuttosto un segno dell'incertezza economica,

dell'assenza di adeguati servizi sociali e di una non adeguata distribuzione del lavoro possibile. Tuttavia, è anche il segnale più evidente della trasformazione antropologica subita dalla famiglia, la quale non trova più fondamento nella necessità biologica della riproduzione, ma nella qualità delle relazioni affettive e nella condivisione dell'intimità, dal sostegno affettivo nella reciprocità intersoggettiva. Considerare uno schema "naturale" della famiglia ha senso perché rappresenta quelle costanti che sono "necessarie e sufficienti" e che permettono tutte le possibili variazioni contingenti e culturali. Il concetto di "famiglia naturale" deve integrare le conquiste affettive autonome delle persone nel rispetto dei bisogni reciproci, della protezione e dell'accudimento reciproco e dei minori e non richiudersi negli stretti confini di una scontata normalità. Per poter integrare e rendere virtuose tutte le modificazioni alle quali va incontro la famiglia come "nucleo di convivenza" che rimane naturalmente finalizzata, sia sul piano biologico sia sul piano affettivo, è necessario recuperare la radice naturale non in senso astratto ed ideologico, ma come base concreta su cui si fondano le relazioni umane e la formazione degli individui anche al di la di tutti i condizionamenti culturali.

La trasformazione della famiglia ha modificato la psicodinamica interna assimilandola sempre di più a quella di un "gruppo strutturato", regolato da legami affettivi di diverso segno che rientrano nel gioco generale dell'"intersoggettività", ciò non copre però la "psicodinamica primaria" che entra naturalmente in gioco nel sottosistema della "parentalità" che indipendentemente dai rimaneggiamenti strutturali esplode quando per ragioni naturali la famiglia si trova inserita in uno "schema naturale". Il "sottosistema parentale" rappresenta, sul piano "naturalmente antropologico" il nucleo fondante della famiglia, sul quale s'innestano, e si sono innestate, tutte le sovrastrutture di carattere psicologico, sociale e culturale, come modi di ottimizzare il sistema alle variazioni dell'ambiente naturale, sociale e culturale.

In questo momento storico, com'è accaduto altre volte nella storia, sta avvenendo un cambiamento che investe per così dire le sovrastrutture e successivamente non tanto la struttura di base che per sua natura tende a rimanere stabile, ma i modi in cui questa si rac-

corda con le sovrastrutture. In altre parole "la famiglia parentale" è il modello originario di "homo sapiens" selezionatosi e consolidato per un ambiente e un campo relazionale diverso dall'attuale e pur rimanendo fondamentale e necessario sul piano evolutivo non si trova più in sintonia e quindi adatto a reggere l'impatto con cambiamenti sociali, culturali, economici.

Riassumendo la famiglia oggi si presenta come un gruppo complesso che vive e si relaziona seguendo due livelli diversi sul piano della psicodinamica.

Il livello del *gruppo parentale*, sostenuto dalle dinamiche psicobiologiche che si esprimono attraverso il complesso motivazionale dell'"attaccamento-accudimento" e "condivisione". Come tale è un gruppo a termine prefissato, naturalmente legato all'autonomia dei figli e quindi determinato e condizionato.

Il livello delle *relazioni intersoggettive*, sostenuto da dinamiche affettive che si alimentano, nascono e cessano nelle relazioni e che costruiscono un gruppo dai confini fluidi ed intricati, riducendo e frazionando sul piano individuale le funzioni della "psicodinamica parentale". È anch'esso un gruppo a termine, ma dipendente dagli affetti, dai desideri, dalle occasioni e quindi meno determinato e condizionato.

Il medico e la "famiglia multiproblematica"

I medici ed in particolare il "medico di famiglia" si trovano costantemente nell'esercizio della loro professione, immersi nel campo relazionale dei rapporti familiari indipendentemente da come queste siano strutturate. Con il mutare dell'assetto interno questo campo relazionale cambia e il medico ha più difficoltà a trovare punti di riferimento e di sostegno nel processo di presa in carico del suo paziente.

Se tradizionalmente il medico entra in questo contesto in una posizione ed in un ruolo specifico, legato e motivato dal disagio fisico del suo paziente, ciò non significa che si disinteressi totalmente di altri tipi di disagio specialmente quando questi interferiscono nella genesi, nel decorso, e nel trattamento del paziente.

Il cambiamento delle strutture relazionali e psicodinamiche porta

inevitabilmente al fatto che il medico si trova ad assumere un ruolo più complesso, in cui il ruolo attivo e specifico è sottoposto a stimoli nell'ambito della psicodinamica e della sociologia della famiglia. Oggi, in modo maggiore che nel passato, l'attivazione emotiva e il vissuto di malattia dei pazienti, risentono e sono modulati dalle dinamiche del diverso campo esistenziale. Basti pensare come la fluidità e la precarietà dei legami parentali siano emotivamente significative per quelle fasce di età, i bambini e gli anziani, che nella fragilità dei legami rappresentano gli anelli più deboli.

Ci sono famiglie che si esprimono e si rappresentano prevalentemente attraverso disagi sia sul piano della salute sia su quello dei vissuti e comportamenti, che si definiscono "multi problema". Ciò significa che il problema principale è nella struttura, nell'organizzazione relazionale e psicodinamica.

La *famiglia multiproblematica* è una famiglia "fragile" e la fragilità si esprime prevalentemente sul piano dell'"intersoggettività", e in particolare attraverso una "genitorialità vulnerabile", una fragilità e una dissonanza dei codici. A ciò sono legati ovvii disagi nei soggetti in età evolutiva nel processo della cosidetta "catena del disagio".

Nella necessità di orientarsi nel rapporto operativo con le "famiglie multiproblema" sono evidenziabili alcune caratteristiche.

- Il *comportamento sociale* di questo tipo di famiglie è espressione anche dell'inadeguatezza sociale delle figure genitoriali che si esprime sia verso l'esterno della famiglia, sia verso l'interno e provoca la chiusura come difesa estrema.
- I *ruoli genitoriali* non sono adeguati ai bisogni di sviluppo dei figli e non funzionano come modelli che forniscono regole o ruoli cui identificarsi.
- La *comunicazione* è caratterizzata dalla mancanza d'abitudini ad ascoltarsi, dalla riduzione del dialogo verbale, dalla scarsa comunicazione affettiva gestuale, dalla confusione comunicativa.
- Il *disagio* e l'*ansia* sono sentimenti diffusi fra i vari membri e creano continue situazioni conflittuali sia all'interno della famiglia sia all'esterno.
- In casi estremi le famiglie disfunzionali e multiproblema sono caratterizzate da una storia costellata di richieste e *interventi sociali e legali*.

. Il livello di sviluppo "antropologico" può essere *rudimentale*.

Studiare e lavorare clinicamente con la famiglia oggi richiede quindi di saper leggere queste differenze e di aiutare a gestire quella *terra di nessuno e di transizione* tra i due sistemi dinamici, naturale e culturale, che tendono sempre di più a non essere complementari in un gioco di disaccoppiamento regressivo, ed è, anche, l'unico modo possibile di "fare cura" ed insieme "prevenzione" cercando di correggere il processo della "catena del disagio".

Bibliografia generale di riferimento

Attili G. (2012) *L'amore imperfetto*. Il Mulino, Bologna.

Casonato M, Ferro A., (2003) *Psicopatologia ecologica della famiglia*. Quattroventi, Urbino.

Di Maria F., Lo Verso G. (1995) *La psicodinamica dei gruppi. Teorie e tecniche*. Cortina, Milano.

Malagoli Togliatti M. (2010) *Famiglie multiproblematiche*. Carocci, Roma.

Santoro M. (2012) *Le libere unioni in Italia. Matrimonio e nuove forme familiari*. Carocci, Roma.

Solinas P.G. (2010) *Antropologia della famiglia*. Carocci, Roma.

La comunicazione terapeutica

Allaman Allamani

La comunicazione dei professionisti che aiutano

Un recente studio sull'efficacia della comunicazione tra medici di medicina generale e loro pazienti (che erano in questo caso dei bevitori a rischio) ha dimostrato una buona capacità comunicativa dei sanitari, che risultava addirittura superiore alla valutazione che si davano i medici stessi (Allamani, Centurioni e coll., 2009). Questo è stato interpretato come il fatto che i medici possano non considerare in modo adeguato le loro abilità interattive.

Tuttavia, appare importante che i medici di famiglia, e in generale i professionisti delle professioni d'aiuto, possano rendere sempre migliore la propria capacità comunicativa, che oggi ha sempre più rilevanza nella sfera dell'assistenza e delle interazioni sociali.

La comunicazione terapeutica

Al fine di migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti, sono stati creati, negli ultimi anni, un certo numero di programmi di formazione sulla comunicazione. Tra i primi è il programma di *comunicazione terapeutica*, sviluppato da Vera Maillart negli anni '80 e tuttora valido (Maillart et al., 1992). Esso si basa su lezioni teoriche, studio di video di situazioni assistenziali, discussioni di gruppo.

I principi della formazione in comunicazione terapeutica sono che:

- L'individuo è soggetto di bisogni e parte del sistema famiglia- cultura- società.
- Gli interventi dl assistenza e di prevenzione sono da concepire in un'ottica polidisciplinare, che coinvolge vari settori dell'area sociosanitaria e che si rivolge all'individuo, alla famiglia e alla co-

munità di riferimento.
- Gli interventi sono efficaci ed efficienti se tengono conto della loro continuità attraverso le comunità di riferimento e le strutture di trattamento e di riabilitazione coinvolte.
- Un programma di formazione alla comunicazione è efficace solo se si traduce in cambiamenti della prassi dell'assistenza.
- Paziente e famiglia devono essere in grado di poter percepire i professionisti come non giudicanti, ancorché competenti
- Paziente e famiglia devono sentirsi liberi di prendere decisioni terapeutiche, una volta ben informati delle alternative.

L'obiettivo della comunicazione terapeutica è di riconoscere le esigenze individuali del cliente all'interno dell'interazione paziente/professionista, e di contribuire a rendere l'interazione terapeutica o efficace. A tal fine è necessario il miglioramento delle capacità di comunicazione dei professionisti, oltre che riconoscere l'importanza della relazione con i colleghi. Alcuni indicatori per l'osservazione delle capacità di comunicazione sono, ad esempio, la condotta non verbale, e il comportamento dell'ascolto e della riformulazione. Questo processo di apprendimento può sviluppare un atteggiamento di auto-osservazione nel proprio rapporto sia con gli assistiti sia coi colleghi.

Il programma formativo di Vera Maillart distingue otto abilità di comunicazione, che possono essere insegnate ed apprese in un contesto di confronto tra pari e possibilmente multidisciplinare da ogni professionista di assistenza socio-sanitaria. Ne facciamo di seguito una breve e parziale sintesi.

Secondo la comunicazione terapeutica, per un professionista risulta efficace, piuttosto che procurare subito raccomandazioni o consigli, ascoltare anzitutto i pazienti e poi fornire loro una retroazione su quanto ascoltato. In tal modo i pazienti sentono che c'è attenzione verso di loro, e sono incoraggiati a confermare o correggere l'opinione che il professionista ha del loro problema - il che è utile al professionista per la sua comprensione del paziente.

Sebbene la comunicazione terapeutica non sia una psicoterapia, i suoi principi sono basati sul comprendere che c'è sempre una componente emotiva nella relazione tra medico e paziente, e che tale relazione coinvolge ambedue gli attori, è cioè circolare.

La comunicazione terapeutica
Si genera dal riconoscimento dell'altro
Si fonda sulla visione olistica del paziente
È costituita dalla circolarità della comunicazione efficace
Contribuisce alla valenza terapeutica degli ambiti della cura sanitari, sociali, di comunità.
Gli obiettivi della comunicazione terapeutica sono:
Riconoscere l'importanza dell'ascolto e dell'osservazione dei bisogni del paziente e del suo contesto familiare
Sviluppare le abilità comunicative con i clienti e con i colleghi di lavoro.

Comunicazione-espressione e comunicazione con l'altro

È frequente oggi la tendenza ad identificare l'azione del comunicare con l'ostensione agli altri di proprie opinioni, sentimenti, ed emozioni. Ne è una manifestazione, ad esempio, l'aspirazione a farsi sentire alla radio o farsi vedere alla televisione. Tale tendenza rappresenta il bisogno della persona di essere riconosciuta come soggetto nell'anonimato della folla, ed è in quest'area che i sociologi scoprono i bisogni identitari e gli psicologi riscontrano i temi del "narcisismo". Più in generale, molti movimenti del novecento, dai nazionalismi alle affermazioni delle diverse etnie, sono nati, nel bene e nel male, dal tentativo di riconoscere le proprie radici.

In questa prospettiva cresce una posizione che aliena il diverso, il quale è sentito una minaccia al proprio fondamento.

L'altra importante prospettiva sviluppatasi nel novecento è la riflessione sulla propria responsabilità e sulla presenza dell'altro. Su tale tema ha scritto grandi pagine Martin Buber (1990). Ma già nella Bibbia si può leggere una storia esemplare di risposta responsabile alla chiamata di un altro: è la condotta, all'inizio confusa e financo ridicola, di Samuele e del suo maestro Eli alla Voce che compare nella notte. Samuele giovinetto la prende per chiamata del suo insegnante, mentre questi la intende come una fantasia del suo allievo. Passano molto tempo a non ascoltare ma, quando prestano attenzione alla chiamata, prima Eli e poi Samuele danno accoglienza alla

parola di Dio e comprendono. Inoltre l'atto di ascoltare e rispondere all'altro non è solo un fatto etico o spirituale, ma coinvolge tutta la persona e il suo corpo. Così l'indimenticabile maestro-levatore Frédèrik Leboyer (1986) non molti anni fa nei suoi seminari rendeva corporea, connessa all'armonico sollevamento del bacino e delle braccia dalla posizione seduta, la risposta di Samuele: "eccomi".

"..il Signore chiamò: «Samuele!» e quegli poi corse da Eli e gli disse: «Mi hai chiamato, eccomi!». Egli rispose: «Non ti ho chiamato, torna a dormire!». Ma il Signore chiamò di nuovo: «Samuele!» ... [e] il Signore tornò a chiamare: «Samuele!» per la terza volta; questi si alzò ancora e corse da Eli … Allora Eli comprese che il Signore chiamava il giovinetto…[e] disse ..: «Vattene a dormire e, se ti si chiamerà ancora, dirai: Parla, Signore, perché il tuo servo ti *ascolta*». Samuele andò a coricarsi al suo posto. Venne il Signore, stette di nuovo accanto a lui e lo chiamò ancora come le altre volte: «Samuele, Samuele!». Samuele rispose subito: «Parla, perché il tuo servo ti *ascolta».* Allora il Signore [parlò] a Samuele." (Bibbia, *Samuele* 3,1)

Empatia

L'*empatia*, o capacità di partecipare a/e comprendere lo stato d'animo altrui, è la base della comunicazione.

Lo psicologo Carl Rogers (2000) a lungo ha insegnato quanto questo atteggiamento sia fondamentale in ogni tipo di relazione, e in ispecie nelle relazioni d'aiuto. Lo psicoanalista Heinz Kohut (1986) ne rintraccia l'origine nelle prime fasi dello sviluppo dell'individuo, il che ci permette poi di riconoscere che le espressioni affettive di una persona con cui ci rapportiamo sono simili alle nostre.

Per le filosofe Edith Stein e Maria Zambrano, l'empatia ci fa fare esperienza dell'alterità, cioè di altri radicalmente differenti (Buttarelli 2007). Il passo ulteriore è la pietà, empatia divenuta sentimento, il che è saper trattare col diverso.

L'ascolto

L'*ascolto* è necessario per comunicare, e dev'essere selettivo. Si rivolge alle persone che abbiamo attorno, e implica la consapevolezza di molti aspetti che ci circondano, quali udire gli oggetti sonori,

sentire le espressioni delle emozioni, vedere e percepire i colori dei luoghi dove ci troviamo (Bellucci, Minutella, Papini, 2009). È altrettanto necessario ascoltare ciò che avviene in noi mentre ascoltiamo. Inoltre, ai fini di una comunicazione efficace, ascoltare non è solo un fatto interno al soggetto che ascolta: l'interlocutore dovrebbe capire che lo stiamo ascoltando.

Ascoltare
Osservare
Ascoltare
Dare segno che lo si sta facendo

Obiettivi dell'ascoltare
Ripetere con parole proprie il contenuto dell'interlocutore per avere il suo consenso o la sua rettifica
La constatazione di essere capito e vedere accettato ciò che dice incoraggia l'interlocutore a comunicare e quindi a prendere coscienza dei suoi comportamenti

Riformulare

Si tratta di ripetere con parole proprie il contenuto dell'interlocutore per avere il suo consenso o la sua rettifica (Centurioni, 2009).

La constatazione di essere capito e vedere accettato ciò che dice incoraggia il paziente a comunicare e quindi a prendere coscienza dei suoi problemi.

La riformulazione permette di poter accertare ciò che il paziente ha detto. Ciò può dar modo all'utente di modificare, sviluppare e correggere ciò che detto, facendo ogni tanto un breve riassunto. La riformulazione avviene quando il professionista è stato in grado di ripetere e riassume con brevità ed accuratezza e, nel riassumere le cose dette, ha potuto fare domande del tipo "ho capito bene? È ciò che intendeva?"

Riformulare
Ripetere con parole proprie il contenuto dell'interlocutore per avere il suo consenso o la sua rettifica
La constatazione di essere capito e vedere accettato ciò che dice incoraggia l'interlocutore a comunicare e quindi a prendere coscienza dei suoi comportamenti
Si possono usare frasi come "Intende dire che…?" "Se ho capito bene…?" "Quindi, secondo lei…?"

Incoraggiare la comunicazione.

Consiste nell'aiutare il paziente e i suoi familiari ad esprimere i problemi, sentimenti, idee riguardanti la situazione in cui si trovano, specie quando appaiono reticenti o imbarazzati.

Quando il paziente e i suoi familiari si sentono accettati, è più facile per loro esprimere i propri sentimenti e riconoscerli, e così affrontare il problema per cui richiedono aiuto.

L'accettazione produce un riconoscimento dell'altro come persona, quindi una conferma della sua *stima di sé.*

Incoraggiare la comunicazione si attua insieme col prestare attenzione, e richiede osservazione e ascolto da parte dell'operatore.

Incoraggiare la comunicazione
Aiutare il paziente/famiglia a esprimere i propri problemi, sentimenti e idee sulla situazione in cui si trova, ai fini di poterlo comprendere nella sua esperienza di…
Realizzare empatia: "mettersi al posto del p/f pur mantenendo il proprio giudizio"
con domande aperte e iniziative minime.
Si possono usare frasi come "Può descrivere ciò che…?" "Come si sentiva quando…?" "Potrebbe dirmi altro a proposito di…?"

Rispondenza emotiva: identificare e restituire sentimenti ed emozioni

Ogni persona possiede le dimensioni della mente, del corpo con le sue sensazioni ed emozioni, e della propria energia. Le emozioni o passioni sono un aspetto che denota la singolarità di un individuo.

Ogni individuo è interdipendente. Riconoscere l'altro con i suoi problemi e le sue limitazioni è riconoscere se stessi con i propri problemi e le proprie limitazioni e quindi riferirsi alla collettività dell'esperienza perché i problemi che abbiamo coinvolgono gli altri, ad esempio familiari, amici, compagni di lavoro. Questo aiuta l'individuo a non restare nel proprio isolamento, in cui potenzia le emozioni e inflaziona l'io, anche con aspetti distruttivi.

La rispondenza delle emozioni è una condotta per aiutare l'altro. Per riconoscere gli altrui problemi e sentimenti, un professionista, ma in genere ogni persona, deve controllare le proprie supposizioni, e, basandosi sull'osservazione e sull'intuito, provare a identificare i sentimenti dell'altro. Il passo seguente è di provare a riformularglieli brevemente, avendo ogni cura di permettere all'altro di poter fare retroazione, ossia di confermare o negare la nostra formulazione emotiva.

Nel caso che ciò che abbiamo comunicato aiuti la persona a esprimere ciò che per timore non aveva espresso, la risposta dell'altro è un comportamento di rilassamento e di apertura. Nel caso di diniego, e dunque di un atteggiamento di presa di distanza sul contenuto in questione da parte dell'altro, il diniego va accettato, anche se l'intervistatore potrebbe nutrire dubbi sulla sua validità. In questo caso, potrebbe essere che l'intervistatore abbia dato troppa importanza al-

Rispondenza emotiva
Aiutare l'interlocutore a riconoscere i suoi sentimenti come parte normale di sé
Permettere al pz/famiglia di esprimere i sentimenti che può aver difficoltà a verbalizzare
Comunicare che i suoi sentimenti vengono *accolti* senza essere giudicati
Convalidare o meno le percezioni dell'intervistatore nei confronti dei sentimenti/emozioni del paziente.

le proprie emozioni operando una "proiezione" sul paziente.

In ogni caso l'intervistatore dovrebbe tenere attivo il suo livello di consapevolezza dei processi emotivi, badando a non identificarvisi.

Il confronto

Il confronto è un'attività continua nell'esperienza umana. Ci confrontiamo con gli altri in famiglia, sul lavoro, in società; ci confrontiamo allo specchio. Confrontiamo le cose, ad esempio in un negozio o al mercato i prezzi o la fattura di uno stesso prodotto confezionato diversamente. Ci confrontiamo con noi stessi, con i nostri pensieri, con i nostri ideali, con le forze più grandi di noi, a volte anche con l'ausilio di metodi come la confessione, la psicoanalisi, l'esame di coscienza, la meditazione.

In molti casi il confronto implica un merito o un biasimo, un vinto e un vincitore: lui è meglio di me, io sono più brava o bella di lei, questa giacca è più conveniente, sto invecchiando, sono stato incapace…

Tipico il confronto nelle indagini di polizia e nei tribunali. Per sceglierne uno tra innumerevoli, l'esempio del commissario Maigret del *Porto delle nebbie* di George Simenon lo mostra quando passa a un'imbarazzata Julie il biglietto che suo fratello le ha lasciato nella casa dove è stato avvelenato il di lei padrone, il capitano Joris. L'obiettivo della ricerca del commissario è l'individuazione del colpevole confrontando tra loro le contraddizioni espresse dagli indagati con parole e comportamenti, in modo da avviarli al giudizio aperto davanti al giudice.

Il confronto è anche una delle abilità presenti nella comunicazione umana tra professionista e paziente, ed è particolarmente complessa perché discende dalla lunga tradizione del rapporto tra l'autorità del medico e la sottomissione del paziente. Ma nel mondo di oggi, in varie occasioni ha dimostrato il suo insuccesso (Rollnick e Miller, 1994). Per citare solo un paio di esempi, il medico della medicina generale quando confronta gli stili di vita del paziente con frasi del tipo "Dovresti…" oppure "Il più grande problema che lei ha è…", immediatamente suscita una resistenza (Rollnick, Mason, Butler 1999). In questo caso l'autonomia della persona viene messa

in discussione, e l'affermazione del professionista non ha una portata persuasiva. Nell'area delle dipendenze, si sono riscontrate recidive maggiori tra quei trasgressori che erano stati costretti ad assistere a riunioni di madri coi loro struggenti racconti dei figli vittime della strada, e che li lasciavano pieni di colpa e di rimorso (Miller, 2006). Un confronto, limitato alla sola affermazione del proprio punto di vista sull'altro da noi, può essere le premessa del fallimento.

Un confronto usato con parsimonia può invece avere qualche efficacia. Nella comunicazione terapeutica, il confronto è un'interazione premeditata al fine di stimolare il paziente/famiglia ad affrontare qualcosa di scomodo di cui il paziente non vorrebbe parlare (Maillart, 1992). È basato su ciò che *sembra* all'intervistatore, il quale lo deduce dalla propria osservazione delle incongruenze o contraddizioni che nota tra le espressioni dirette (verbali) e il comportamento non verbale. L'intervistatore si abitua così a valutare non solo l'informazione ricevuta, ma anche i sentimenti del paziente. Ad esempio, alla domanda dell'operatore "come sta oggi?" la paziente risponde con mezzo sorriso "bene, grazie"; ma vedendo che stringe con irrequietezza la borsetta, il professionista osserva "oggi mi sembra essere un po' tesa".

Si tratta di utilizzare il confronto solo a proposito di comportamenti specifici e concreti, che il paziente/famiglia possono essere in grado di modificare. Richiede una preesistente empatia e fiducia reciproca nel rapporto interprofessionale.

Le incongruenze o distorsioni sorgono nella nostra condotta quando ci è difficile affrontare le cose così come si presentano nella realtà, o quando la realtà non corrisponde ai nostri desideri. Cerchiamo allora di modificare il nostro comportamento per cercare un nuovo equilibrio.

All'osservazione del professionista, le *incongruenze* o distorsioni del soggetto possono presentarsi come incoerenze tra:

- ciò che dice e ciò che fa
- i sentimenti che vengono verbalizzati e i comportamenti corrispondenti
- ciò che viene detto in momenti diversi
- come una persona reagisce e da come usualmente la maggior parte delle persone reagirebbe.

Confronto
Richiede empatia
Aiuta il p/f ad affrontare ciò che è doloroso e conflittuale
Aiuta il p/f a riconoscere il proprio comportamento e sentimenti, e accettarne la responsabilità
Dimostra che l'intervistatore si interessa del p/famiglia

Gli obiettivi del confronto sono:
Dimostrare che l'intervistatore si interessa del p/famiglia
Aiutare il p/f ad affrontare ciò che è doloroso e conflittuale
Aiutare il p/f a riconoscere il proprio comportamento e sentimenti, e accettarne la responsabilità

Il contesto e la famiglia

Il contesto di ciascun individuo è costituito dalla famiglia, i parenti, la comunità ed i rapporti che si stabiliscono fra le persone, con idee, valori, senso di appartenenza. Il problema del paziente non è solo individuale, ma anche familiare.

Spesso è successo, specialmente ai medici di famiglia, di avere a che fare con qualcuno che porta il problema della malattia di un suo familiare, che poi si manifesta anche come un problema del suo interlocutore. Nell'ambito dell'alcologia l'associazione dei familiari di alcolisti, chiamata Al-Anon, parte dall'idea che l'alcolismo non è solo un problema individuale, ma anche della famiglia.

Il familiare che racconta le difficoltà che incontra col proprio alcolista a volte risulta utile al medico perché procura informazioni adeguate sui rapporti interpersonali. Talvolta si vengono a creare alleanze e triangolazioni, ad esempio tra moglie, dottore e marito, tipiche di quando il coniuge riferisce- *mio marito (moglie) beve, ma non dica che l'ho detto io...* Questo però implica che il familiare si sente solo e allora l'alleanza con il medico può essere un sostegno alla solitudine del familiare; mente d'altro lato il rapporto terapeutico soffre se il paziente si accorge che familiare ed medico si siano parlati a sua insaputa.

Nel libro "Donne che amano troppo" di Robin Norwood (2006), ci sono diverse testimonianze di donne che lasciano un uomo dopo

averlo amato e scoperto che era un irrimediabile sbandato, un tossicodipendente, un criminale, o un alcolista, e ne trovano in seguito un altro che è come quello precedente, riproponendosi una sorta di comune coazione a ripetere in cui lei cerca lui per salvarlo senza mai che il cerchio si chiuda.

Per gli adolescenti, quando arriva il tempo del distacco dalla famiglia, il problema può non soltanto essere dell'adolescente che cerca di rendersi autonomo, ma anche del genitore che dipende dal figlio e mentre asserisce: – *sì, vai, vai* –, compie varie azioni per trattenerlo. Nel caso, bisogna aiutare non soltanto la figlia o il figlio, ma anche i genitori, per attraversare questo stretto passaggio.

Malattia, stigma e trasformazione: il paradigma di Alcolisti Anonimi

Alcolisti Anonimi (A.A.) è un programma terapeutico basato sull'ammissione dei propri limiti nella lotta che può avere una persona contro la dipendenza dall'alcol, sulla richiesta di aiuto a un Potere superiore e sull'aiuto reciproco. Dal giugno 1935, anno in cui ha avuto origine negli Stati Uniti, A.A. è riuscita a far uscire dall'alcolismo milioni di persone in tutto il mondo.

Attraverso i Dodici passi che costituiscono il nucleo del recupero individuale, A.A. pratica l'accoglienza, il rispetto, la condivisione e l'autonomia. Entrarvi, per un alcolista, presuppone l'arrendersi all'evidenza di non essere più in grado di vincere l'alcol con la propria volontà. Se a questo corrisponde una richiesta di aiuto al gruppo, ci si può aspettare che sopravvenga la cessazione dal bere e il cambiamento nello stile di vita che lo sostiene. Si tratta di un'esperienza spirituale che sgorga dalla consapevolezza dell'impotenza, la quale a sua volta origina una richiesta di aiuto verso l'Altro, favorendo nella persona un processo di nuova percezione di se stessa.

Il programma spirituale dei Dodici passi è stato la base per altri gruppi di auto aiuto nel mondo. Infatti, secondo A.A., la confusione e la debolezza a cui porta la mancanza di spiritualità cercano compensazione in varie dipendenze, ravvisabili come surrogati dello spirito: oltre all'alcol, le droghe, il cibo, il gioco, gli attaccamenti di va-

rio genere. E di fronte alle malattie dello spirito, la terapia non potrà non essere un programma che si rifà allo Spirito.

Il programma dei Dodici passi è uno strumento di ridimensionamento dell'ego

Le parole usate in Alcolisti Anonimi non sono legate alla terminologia medica riferita alla dipendenza alcolica – di solito consistente in *cura*, *diagnosi*, *sintomi*, *terapie*... – ma piuttosto a parole come *disperazione*, *impotenza*, *abisso*, *morte*...; e, in relazione al processo di guarigione, *assenza di giudizio*, *miracolo*, *libertà*, *amore*, *Dio*... Esse derivano dalla visione spirituale di Bill Wilson, il fondatore, uno dei personaggi più importanti e meno noti del secolo scorso.

Egli nel dicembre 1934, giaceva per la terza volta nel letto di un ospedale presso Central Park a New York, assistito dal dottor Duncan Silkworth (Alcolisti Anonimi, 1984):

> Nella sua impotenza e disperazione, Bill gridò: «Farò qualsiasi cosa!… Se c'è un Dio, si faccia vedere!». […] Poi […] «improvvisamente, la mia stanza brillò di un'incredibile luce bianca. Fui colto da un'estasi indescrivibile […] poi con gli occhi della mente vidi una montagna. Stavo sulla cima, dove soffiava un forte vento. Un vento fatto non d'aria, ma di *spirito*. Con grande energia e purezza soffiava attraverso me.
>
> Rimasi in quello stato per molto tempo […] Si fece in me più profonda la […] convinzione che per quanto male le cose potessero andare, non potesse esserci alcun dubbio sulla fondamentale giustizia di Dio […] Seppi di essere amato e di amare a mia volta».

Dapprima Wilson pensò di essere impazzito. Ma, rassicurato dal dottor Silkworth, a cui dimostrò una permanente gratitudine, smise di bere.

L'esperienza di Lois, moglie di Bill e a sua volta cofondatrice di Al-Anon, il gruppo dei familiari di alcolisti, è stata diversa ma complementare. Lois descrive il proprio passaggio dalla disperazione e dal senso di colpa a un atteggiamento di maggiore consapevolezza raggiunto non attraverso una visione miracolosa, come era stato il caso di Bill, ma mediante l'osservazione della propria reazione stizzosa e apparentemente banale contro il marito.

Notte dopo notte, non tornava a casa fino alle ore piccole ed era talmente ubriaco…Una notte, in un'esplosione d'angoscia, scrissi [...]: «Torna a casa da me [...] come possiamo andare avanti così? [...] Io ti amo tanto, ma il mio amore non sembra portarti alcun bene; eppure ho fiducia che te ne porterà, un giorno [...] Un grande torpore mi pervade, fino a che ogni cosa, bella o brutta, sembra avere il medesimo gusto».

E, dopo il cambiamento di Bill:

una domenica [...] avevo una scarpa in mano e gliela tirai addosso gridando: «Maledette le tue riunioni!». Questa esplosione di rabbia sorprese più me che lui [...] Quel giorno per la prima volta cominciai ad analizzare me stessa [...] Mi ci volle molto tempo… .

Dai passi citati sopra, viene da domandarsi che cosa abbia reso possibile la *trasformazione* di un bisogno individuale e particolare – quale quello di Bill in ospedale che cerca disperatamente una via d'uscita dall'alcol, o quello di Lois che agogna di guarire il suo caro – in un'esperienza spirituale di tipo collettivo, e di significato universale, quale è quella che si riscontra nei gruppi di A.A.

Ovviamente tale trasformazione è tanto inattesa quanto inspiegabile. Ciò nonostante ne sono stati fatti dei tentativi di comprensione che qui riassumiamo.

Bill Wilson in varie testimonianze e nei suoi numerosi scritti menziona sensazioni descrivibili come "impotenza", "toccare il fondo", "disperazione", "non poterne più", "sofferenza esasperata" che sono necessarie per il passaggio al desiderio di cambiamento.

Nel libro *Le forme dell'esperienza religiosa*, lo psicologo William James fa riferimento a uno *sgonfiamento*, o, in termine tecnico, *deflazione* delle pretese dell'io mediante una "conversione", o "grazia".

Carl Gustav Jung, che gli A.A. considerano il grande ispiratore del loro metodo, nella sua lettera a Bill del 30 gennaio 1961 fornisce la seguente descrizione di questa trasformazione (Alcolisti Anonimi, 1984):

[La guarigione può avvenire] a patto che [l'alcolista sia] protagonista di un'esperienza spirituale o religiosa, in breve di un'autentica conversione […] L'unico modo legittimo e giusto perché questa esperienza accada nella realtà, è di camminare sul sentiero che conduce a una comprensione superiore. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso un atto di grazia,

un contatto onesto e personale con amici, oppure grazie a un atteggiamento mentale che superi i confini della mera razionalità.

L'altro

L'effetto, pur formidabile, della "visione spirituale" non bastò a Bill per salvarlo dall'alcol. Dopo sei mesi di astinenza, in un triste fine settimana d'albergo ad Akron, quando gli affari che aveva di nuovo da poco messo in ponte stavano improvvisamente deteriorandosi, Bill fu vicino alla ricaduta (Alcolisti Anonimi, 1984). Lo soccorse allora un'idea: «Ora hai bisogno di un altro alcolista… proprio come lui ha bisogno di te!». Si mise quindi alla ricerca di qualcuno... incontrando alla fine Bob – il dottor Robert Smith, chirurgo alcolizzato della città, ormai a fine carriera. Bob accettò di ascoltare Bill, a patto che si facesse in fretta. Ma poi, mentre questi raccontava della propria disperazione e della propria speranza, Bob cominciò ad annuire: «Sì, è proprio come a me». Fecero tardi e nessuno bevve. L'episodio indica che l'esperienza spirituale non era *di per sé* sufficiente a salvare Bill dall'alcolismo, perché era necessario che egli riconoscesse *l'importanza dell'altro*. Bill e Bob scoprirono che, perché l'uno potesse restare sobrio, doveva partecipare la propria storia all'altro e l'altro, affinché potesse divenire sobrio, doveva guardare alla propria esperienza attraverso quella riflessa dal suo interlocutore. La loro unità fu la conseguenza dell'accettazione dei propri limiti individuali, nonché il risultato del riconoscimento che una nuova forza e una nuova identità traevano origine da una debolezza condivisa tra due diversità.

Il riflettere la propria vita nell'altro è ciò che anima ancor oggi le riunioni dei Dodici passi, specie quando un "nuovo" arriva. Ciò che avviene lì, in un ambiente non giudicante e accettante, è identificarsi, non fare il confronto; le differenze tra le persone sono «valutate come arricchenti» poiché «il senso di incompletezza condiviso porta ad [...] accettare che la parziale completezza degli altri completi, piuttosto che distruggere [...] la propria incompletezza» (Kurtz, 1991).

Bibliografia

Alcolisti Anonimi (1997) *Trasmetti il messaggio* (trad. it.), Roma, Servizi Generali di Alcolisti Anonimi (via di Torre Rossa 35 00165 Roma e_mail aaitaly@tin.it).

Allamani A., Pili I., Cesario S., Centurioni A., Fusi G. (2009) Client/General Medical Practitioner Interaction During Brief Intervention for Hazardous Drinkers: A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 44: 775-793.

Bibbia Il Primo Testamento *Samuele* 3,1 CEI Gerusalemme.

Leboyer F. (1986) *L'arte del respiro*. Tr. it. IPSA, Palermo.

Bellucci G., Minutella N., Papini D.E. (2009) L'ascolto organizzativo. *Salute e Territorio* XXX, 177: 396-400.

Buttarelli (2007) Empatia pietà e trasformazione. In *L'arte di comprendere* a cura di F. Donfrancesco. Anima, Moretti & Vitali, Bergamo 41-49.

Centurioni A. (2009) Relazione al Corso di Formazione agli operatori di Villa Silvia, Senigallia, Ancona, 2008-2009.

Kohut H. (1986) *Potere Coraggio e Narcisismo.* Tr. it. Astrolabio.

Kurtz E. (1991) *Not God: a history of Alcoholic Anonymous.* Hazelden.

Maillart V. (1992) *Comunicazione terapeutica per le professioni di salute.* Regione Toscana, sett. 1992.

Miller W.R. (2006) Motivational factors in Addictive Behavior. In W.R. Miller, K.M. Carroll, *Retinking Substance Abuse.* Guilford, New York.

Norwood R. (2206) (tr. it.) *Donne che amano troppo.* Feltrinelli.

Rogers, C. R. (2000) (tr. it.) *La terapia centrata sul cliente*, Psycho, Firenze.

Rollnick S. Miller W.R. tr. it. (1994) *Il colloquio motivazionale*. Erickson, Trento.

Rollnick S., Mason P., Butler C. (1999) *Health behaviour change*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

Simenon G. (1994) tr. it. *Il porto delle nebbie.* Adelphi, Milano.

La formazione del conduttore dei gruppi Balint

Il processo formativo

Mario G. Sarti, Allaman Allamani

Il progetto formativo qui presentato è stato elaborato dall'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze e proposto al FORMAS, struttura formativa della Regione Toscana, che l'ha approvato nel 2009. Il corso si è svolto presso la villa La Quiete alle Montalve a Firenze, dal dicembre 2009 al dicembre 2012. Il programma è rivolto a medici e psicologi che sono interessati a fare esperienze di gruppi Balint e, successivamente, ad imparare a condurre un gruppo Balint.

Motivazione del progetto

I medici hanno un percorso formativo universitario e post universitario essenzialmente centrato sulle acquisizioni biologico/scientifiche. La formazione psicologica, invece, rimane del tutto trascurata benché sia attualmente riconosciuto che può avere una grande importanza sul piano sia diagnostico che terapeutico. Una delle tecniche più collaudate e note per la formazione psicologica del medico è quella dei gruppi Balint che prendono nome dal fondatore, psicoanalista di origine ungherese, che ha lavorato a Londra con i medici di famiglia ed ha pubblicato negli anni sessanta un libro divenuto molto noto: "Medico, paziente e malattia".

La partecipazione ai gruppi Balint permette ai professionisti della salute (medici, psicologi etc.) in particolare di:

– acquisire le più aggiornate conoscenze in tema di psicosomatica;
– riconoscere la concezione olistica del paziente come riferimento costante della pratica e del metodo che caratterizza il proprio intervento;

– individuare e sviluppare le competenze necessarie e rendere terapeutici i processi della comunicazione nel proprio contesto di lavoro;
– essere eventualmente in grado di svolgere il ruolo di conduttore in gruppi di medici di base o di altri operatori sanitari.

Obiettivo generale del progetto formativo

Il risultato atteso è l'acquisizione da parte dei partecipanti al gruppo Balint di una maggiore "attenzione" ai bisogni dei loro clienti e di una accresciuta capacità di comprendere ed affrontare le ansie e le difficoltà implicite nella relazione d'aiuto, evitando il ricorso a sistemi difensivi controproducenti e migliorando il grado di soddisfazione per la qualità della relazione con i pazienti e delle proprie prestazioni professionali. Conseguentemente si avrà:

1. Una maggiore soddisfazione da parte del paziente che si sente compreso nelle proprie difficoltà soggettive e trae una maggior fiducia nelle indicazioni terapeutiche fornite dal professionista .
2. Un aumento della soddisfazione da parte del medico per il proprio lavoro(prevenzione del fenomeno del *burn-out*).
3. Una riduzione della spesa sanitaria per una diminuzione delle richieste di esami clinici e prescrizioni farmacologiche e del ricorso a ricoveri ospedalieri.

Il corso di formazione

Il corso è aperto a fino ad un massimo di 25 professionisti (medici, psicologi o provenienti da altre aree sociosanitarie). I docenti hanno una lunga esperienza di conduzione di gruppi Balint e di formazione in psicosomatica. Si sviluppa in due fasi:

Prima fase: costituita dai primi due anni con 9 incontri per anno (8 ore per sessione 9-13 e 14,30-18,30) per un totale di 72 ore. Inoltre ogni partecipante viene inserito in un gruppo Balint già in corso, per complessive 21 ore. Il totale per anno è quindi di 93 ore.

Seconda fase: si svolge nel terzo anno di corso e sarà riservata a

coloro che, terminato positivamente il primo corso biennale, saranno in grado di iniziare la conduzione di gruppi Balint essendo seguiti da un supervisore; le ore totali di supervisione e discussione sulle esperienze effettuate nel gruppo sono 56.

Il metodo didattico prevede: lezioni frontali, *role playing*, esperienze guidate a mediazione corporea, gruppi Balint.

Il metodo prevede una valutazione di processo e finale dei discenti, nonché una valutazione dei docenti.

Esperienze di gruppo Balint

Il lavoro balintiano. L'esperienza toscana

Pietro Mario Martellucci

I primi gruppi Balint, dal nome del loro ideatore, sono sorti a Londra negli anni cinquanta in un particolare contesto di storia sociale, il dopoguerra, e di storia della relazione medico-paziente, laddove veniva ignorata da parte di un vasto numero di medici l'importanza dell'approccio psicologico ai pazienti. Risultava infatti che l'aver appreso un grande numero di nozioni scientifiche non aumentava l'efficacia delle cure. Fu allora che presso la Tavistock Clinic di Londra presero avvio i primi seminari di ricerca organizzati come gruppi di "medici generici" con lo scopo di esaminare l'interazione tra medico e paziente e la loro reciproca influenza. Con la guida di M. Balint (1896-1970), psicanalista già allievo di S. Ferenczi a Budapest, le acquisizioni della psicanalisi entrarono a far parte della pratica medica, attivando la dimensione umana nella relazione con il paziente, mettendo in gioco i fattori affettivi inconsci che la regolano e studiando le implicazioni che la personalità del medico e le sue reazioni emotive hanno nella pratica della professione. I risultati della ricerca, frutto dell'attività dei gruppi, sono confluiti in un testo ormai classico: *The Doctor, his Patient and the Illness* (Pitman Medical Publishing Co.Ltd., London 1957), tradotto in Italia nel 1961 con il titolo *Medico, paziente e malattia* la cui traduzione italiana risale al 1961. Da quegli anni hanno preso avvio una molteplicità di esperienze *balintiane* affidate in gran parte all'iniziativa personale di singoli psichiatri formati e motivati a promuovere la formazione psicologica dei medici. Nei gruppi Balint non specificamente destinati ai medici di medicina generale si sono inseriti presto gli psicologi ed altre figure professionali aprendo la strada alla diffusione della prospettiva balintiana e richiedendo pertanto la specificazione di gruppi *alla* Balint o di gruppi *tipo* Balint. La funzione principale

dei gruppi Balint è attuare l'umanità del rapporto terapeuta-paziente, permettere che il *caso* diventi il paziente con tutta la sua storia e la sua umanità. La formazione si rivolge quindi a dare una risposta alla domanda: cosa faccio con questo paziente?

Quando nel gruppo si guarda ciò che accade nella relazione si aprono prospettive del tipo: alcuni fattori psicologici della relazione medico-paziente, sulla quale ci concentreremo, si modificano, si trasformano, si riformulano le domande, si traducono le metafore, si intuiscono i punti di incontro del medico con il suo paziente. Allora sono più i pensieri che le domande quelli che governano il gruppo mentre si dispiega una rete infinita di risonanze interne che il caso portato richiama, resuscita, fa vivere e che sono riconducibili ai propri pazienti. Il processo gruppale si caratterizza per il rispecchiamento del medico nel paziente che costituisce il caso così come i partecipanti del gruppo assumono la prospettiva del medico che si mette in gioco. Dopo la sintetica relazione sul caso si fanno le domande, nascono le ipotesi, prendono ad emergere ed a svilupparsi una quantità di congetture immaginative. Man mano che i partecipanti si conoscono si lasciano andare più liberamente e si espongono attraverso le loro fantasie, non avvertendo pressioni di alcun genere ed il livello di ansia si abbassa, consentendo lo svilupparsi di nuovi pensieri. Cambiano i sentimenti, gli interessi, le idee per ciò che il medico aveva richiesto al gruppo, si intravede una nuova apertura per guidare il successivo incontro col paziente e si rinnova lo stato d'animo. Si viene dunque a creare uno spazio di intimità inter- ed intra-professionale che richiama all'intimità propria dell'incontro del medico con quel suo paziente. La conoscenza reciproca dei partecipanti si fa più approfondita, saldamente orientata da paradigmi olistici applicati alla relazione. Il lavoro interno ai gruppi Balint ha messo in evidenza alcuni fattori specifici presenti nella relazione medico-paziente, ben noti ai medici che sono evidentemente già propensi a considerarne le implicazioni, attraverso:

- L'aumento della consapevolezza del medico relativamente a se stesso che valuta con maggiore attenzione le ripercussioni personali nella professione.

Inoltrandosi negli aspetti di maggiore opacità per quanto attiene la semeiotica del paziente, vengono evocate esperienze e situazioni

della propria storia personale e familiare, frammenti di vissuto, emozioni, eventi personali dei quali tenere in grande conto. Condizioni capaci evidentemente di influenzare la pratica professionale.

- L'attenzione che il medico di medicina generale trova nel gruppo affinché processi essenzialmente inconsci possano essere elaborati, attraverso la comprensione di fenomeni controtransferali, rafforzando così la propria identità professionale ed il senso di autoefficacia.
- La relazione medico-paziente che viene interpretata nelle componenti sistemiche dei vari contesti della pratica clinica, laddove si affermano in modo preponderante le componenti della comunicazione in tutti i possibili linguaggi.
- La riaffermazione del *corpo-leib* e della *illness* come concetti fondanti la pratica della medicina generale, in particolare quando questa si orienta verso una *diagnosi globale*.

Il gruppo Balint risponde all'esigenza di una più profonda consapevolezza del proprio ruolo di medico, nei differenti contesti della pratica professionale, dove si generano delle vere sfide all'arte di comprendere, curare, assistere, non potendo permettersi di esaurire la valenza semiologica della domanda sul livello della organicità (Martellucci, 2011). Risulta infatti sempre pi importante per il medico di medicina generale rendersi conto delle caratteristiche del proprio agire professionale, in particolare di quei comportamenti che tendono a ripetersi, senza che se ne abbia una chiara consapevolezza. Il superamento di questo sentire è assimilabile ad un lavoro terapeutico su se stessi, pur rimanendo ancorati alla professione.

Il processo formativo alla conduzione dei gruppi Balint: l'esperienza toscana

> Il nostro scopo è di aiutare i medici a diventare più sensibili rispetto a ciò che avviene, consciamente o inconsciamente, nella mente del paziente, quando medico e paziente sono insieme. M. Balint (1970)

Un percorso di formazione alla conduzione di gruppi Balint è stato istituito dal FORMAS-Regione Toscana, dall'Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze e patrocinato dalla Società Italia-

na di Medicina Psicosomatica, avviato nel 2009 e concluso nel dicembre 2012. È stato costituito da 13 partecipanti di differenti professioni: psichiatri, psicologi, medici di medicina generale. Ognuno dei partecipanti è stato ammesso dopo la valutazione da parte di una commissione, volta a verificare la legittimità dei titoli che comprendono *training* strutturati di formazione psicodinamica già completati, un'esperienza professionale di lavoro con i pazienti ed una forte motivazione ad intraprendere questo percorso che implica per sua natura un coinvolgimento personale-professionale.

La partecipazione a gruppi Balint "didattici" ha accompagnato i tre anni di formazione. Durante lo svolgimento delle attività sia di impianto teorico sia esperienziale il gruppo dei partecipanti ha sviluppato le fasi evolutive proprie di un gruppo di lavoro sia le fasi proprie del gruppo Balint con le implicazioni trasformative riconosciute alla metodologia, nella sua intrinseca efficacia. La conquista di una fiducia reciproca ha bisogno dei suoi tempi. Possiamo identificare la fase iniziale di orientamento nella quale i partecipanti hanno dovuto risolvere una serie di questioni personali ed interpersonali a partire dall'appartenere a differenti professioni; la fase di conflitto laddove emergono conflitti palesi o latenti tra i partecipanti in particolare tra medici e psicologi, tra psichiatri e psicologi, su come il gruppo si deve organizzare, sulle differenti aspettative formative; la fase di integrazione espressa dall'aver raggiunto una organizzazione interna, un senso di appartenenza e la percezione di aver risolto i conflitti precedenti; infine la fase di interdipendenza riconducibile alla circolarità di un giusto spirito di collaborazione e di competizione positiva.

Questi due livelli possibili di analisi aiutano a comprendere come il processo formativo si sia andato costruendo. Lo stesso gruppo è connotato di apprendimento ma è anche un gruppo Balint nel quale si sviluppano specifiche competenze con la meta della conduzione diretta dei gruppi Balint. Ogni partecipante ha assistito fin dal primo anno alla conduzione "magistrale" del gruppo da parte dei conduttori-docenti, sui casi portati dai partecipanti. La fase successiva ha previsto di sperimentare il ruolo di co-conduttori, sempre all'interno dello stesso gruppo e sempre relativamente ai casi portati dai singoli partecipanti. Infine la formazione alla conduzione si è svi-

luppata durante il terzo anno di percorso, resa accessibile dopo aver superato un esame finale costituito dalla elaborazione di una tesi e da un colloquio individuale. I partecipanti sono stati poi ammessi al tirocinio, durante il terzo anno, come co-conduttori, nelle esperienze territoriali. I conduttori dei gruppi Balint del corso triennale di formazione avanzata sono gli stessi conduttori dei Balint territoriali organizzati sulla base dei piani di formazione regionale e aziendali per i medici di medicina generale. I partecipanti del gruppo apprendono quindi sul campo, acquisiscono abilità, alternando l'esperienza della co-conduzione *outdoor* all'esperienza di co-conduttori e di conduttori all'interno del gruppo di formazione, con i casi portati dal gruppo stesso e con la supervisione dei conduttori-docenti. Un'esperienza quindi articolata per progressiva acquisizione di competenze valutate alla fine di ogni anno di corso. Laddove si poteva decidere di interrompere il percorso, riconoscendo comunque conquistato un primo livello di formazione, 12 su 13 partecipanti hanno scelto la possibilità di proseguire la formazione per diventare conduttori di gruppi Balint.

In questa ottica il lavoro si sviluppa attraverso una continua oscillazione tra quello che avviene al singolo partecipante sia coluicolei che porta il caso, sia in ognuno dei partecipanti singolarmente intesi. Le domande che vengono poste, le considerazioni e riflessioni, i pensieri espressi e le emozioni che vengono manifestate, gli atteggiamenti e le personali convinzioni e credenze di ognuno dei partecipanti costituiscono altrettante occasioni per farsi conoscere e per conoscere l'altro. Il gruppo Balint è dunque strumento di formazione alla relazione ma attraverso la relazione del singolo partecipante con il gruppo si concretizza un ulteriore strumento di conoscenza di sé non solo professionale. Le emozioni che emergono e gli stessi pensieri richiamano tratti della propria personalità, del proprio Sé e circolano nella mente degli altri partecipanti così da costituire il testo di una nuova lingua, di una nuova cultura. Ognuno si impegna a conquistare un proprio baricentro tra pensieri ed affetti, tra sé e l'altro, tra la componente umana e quella professionale, ponendo le basi per realizzare quella "piccola ma significativa modificazione della personalità" (Balint, 1961). Assistiamo anche alla costruzione di contesti professionali che prevedano un'attenzione par-

ticolare ai fattori psicologici che regolano i sistemi delle relazioni interpersonali e delle relazioni terapeutiche.

Medici e psicologi nella stesso gruppo di formazione per la conduzione dei Balint hanno mostrato inizialmente di riprodurre una scissione "ideologica" della psicologia e della medicina, resistendo a qualsiasi forma di reciproco innesto. Il futuro conduttore ha imparato a vivere sulla propria pelle, racchiusa nella *pelle del gruppo*, questa separazione e quindi la convenienza a mettere insieme, avvicinare, collaborare senza il rischio di perdersi e di dover rinunciare al proprio sguardo, alle aspettative, ai differenti immaginari che si andavano suscitando, nel rispetto reciproco. Man mano che il lavoro formativo procedeva quanto di psicologico e quanto di medico poteva essere inteso da entrambi cominciava a dare i suoi frutti. L'eterogeneità del gruppo percepita inizialmente come un potenziale ostacolo si è lasciata gradualmente intendere e manifestare come un'autentica ricchezza. Medici e psicologi si sono conosciuti all'opera, hanno imparato a fidarsi e rispettarsi reciprocamente, a scoprire le similitudini e le diversità cercando la propria strada. Strutturarsi in un ruolo di conduttore con queste premesse della eterogeneità, orienta verso una identità resa sicura e stabile dalla integrazione dinamica di parti differenti del proprio Sé. La storia dei casi offerta dai medici e dagli psicologi fa cadere molti pregiudizi sulla natura dei terapeuti e dei loro mezzi. Il livello tecnico-tecnologico della pratica medica considerato in tutta la sua importanza si accompagna con il tenere in massimo conto i problemi relazionali.

Dichiara un medico formato: "senza nemmeno pensarci siamo al centro della relazione ed impariamo ad orientarci, poi a muoverci verso il paziente". Quando la relazione medico-paziente è esplorata nella sua natura umanistica si contribuisce a costruire una cultura dell'autenticità. La formazione Balint espone la relazione medico-paziente ad una sollecitazione continuamente oscillante volta a cogliere ciò che vi accade dentro in termini di convinzioni, sentimenti, credenze e ciò che circola all'interno del gruppo in senso propriamente generativo, ovvero i contenuti espressi attivano nuovi originali contenuti in ognuno dei partecipanti, semiologicamente più complessi rispetto a quello che era stato inizialmente dichiarato.

Imparare la relazione terapeutica

Le emozioni sono la struttura portante della vita relazionale.
E. Borgna 2007

Nel ripercorrere le fasi di sviluppo del gruppo, un certo significato può essere riconosciuto al prevalere del genere femminile. È presente un solo medico maschio, si colgono inoltre aspetti evolutivi comuni sia nei medici sia negli psicologi. Si tratta in fondo di integrare le differenti competenze professionali di base all'interno della mente del gruppo. La formazione conduce subito a cogliere aspetti della relazione uniti dalla dimensione controtransferale specifica del lavoro balintiano esplorando il posto degli affetti, la dimensione emozionale unita a quella cognitiva, entrambe presenti nella relazione terapeutica. Ci si forma "*attraverso*" nella prospettiva di un cambiamento mentre una formazione "*a*" si fonda sulla acquisizione pedagogica e nel contempo esperenziale di un modo specifico di concepire l'essere in relazione (Sapir, 1980). Il gruppo dei partecipanti, futuri conduttori, ha modo di elaborare una serie di esperienze offerte al gruppo attraverso il lavoro sui casi-pazienti proposti, dei quali si sono esplorati i linguaggi della comunicazione con il medico o con lo psicologo proponendosi di cogliere i fattori dell'efficacia, della rapidità, della tecnica balintiana, guardando dall'interno la relazione stessa e scandagliandone alcuni tratti in profondità, laddove nascono le emozioni. Ci si sofferma estesamente ed a lungo su quanto accade in quel medico, in quello psicologo nell'incontro con il proprio paziente, quanto accade all'interno della relazione. I movimenti del pensiero si accompagnano a quelli affettivo-emotivi, le attività della pratica abituale vengono confrontate con intuizioni originali, suggerimenti sensati offerti dai partecipanti, oscillazioni emotive che amplificano il senso delle intuizioni originali. Le emozioni del medico e dello psicologo si fanno linguaggio, gesto, espressione del volto e della mente.

È noto come il gruppo Balint non abbia una vocazione terapeutica, ma quella di favorire un lavoro sulla dimensione terapeutica della relazione, riducendo "la collusione dell'anonimità" e la sclerotizzazione del ruolo dietro procedure e interazioni sempre più tecno-

logiche e informatizzate con i propri pazienti. Eppure certe situazioni che si verificano nello svolgersi del gruppo Balint sono sovrapponibili a quelle proprie dei gruppi autocentrati. Sono condizioni che il conduttore deve orientare verso una soluzione laddove irrompono generalizzazioni, ipotesi tecnicistiche assolute, comparsa di agiti emozionali o ideologie personali che rischiano di frantumare il lavoro del gruppo svolto fino a quel momento. D'altra parte esistono naturalmente movimenti controtransferali anche nel conduttore nei confronti del gruppo intero o dei singoli componenti, quando manifesta le sue convinzioni e la sua personalità. Se non è sufficientemente consapevole di quanto accade potrà introdurre *ingenuamente* elementi difensivi che ritiene protettivi di sé nei confronti del gruppo ad esempio escludendosi o confondendosi con i partecipanti o ricercando rigidamente la propria affermazione con modalità onnipotenti.

Fantasie, immaginazioni, fantasmi, interpretazioni, sono termini che richiamano concetti piuttosto differenti, ma risulta comunque utile ridurre al massimo l'uso del linguaggio psicologico o meglio della psicologizzazione nel lavoro balintiano. Il linguaggio massimamente utile al lavoro del gruppo si ancora alle parole della medicina del medico e del paziente, dei familiari e degli altri operatori, ricorrendo alla concretezza dei termini nella loro accezione originaria di linguaggi vissuti nella libertà dell'esprimersi quotidiano, anche nella sofferenza e nella malattia (Martellucci, 2009). Lo sguardo attento sulla relazione e più in generale sui sistemi di relazione nei quali il professionista è immesso renderà di per sé umanizzato il contesto professionale dove i pazienti si incontrano con i loro curanti, laddove il corpo del paziente parla con i suoi linguaggi e le parole del terapeuta si fanno corpo, si fanno contenitori dei pensieri, delle idee e dei sentimenti portati alla coscienza/conoscenza dell'altro.

Sono gli aspetti generativi di un nuovo modo di porsi nella relazione e sembrano costituire la via principale per rendere possibile un cambiamento, l'apertura dei significati permessa dall'emergere delle fantasie dei partecipanti suscitate dal caso, in verità dal paziente in relazione con il suo medico, laddove il gruppo si dispone ad ascoltare ad osservare con sempre maggiore attenzione i segni della malattia attraverso una corporeità in movimento, la prosodica del

linguaggio, la sensorialità allusa delle interazioni familiari e dei contesti di vita.

Caratteristiche della *lebenswelt* del paziente presente attraverso il medico che si mettono in movimento in un rispecchiarsi transferale e controtransferale del medico stesso con il gruppo come a farsi improvvisazione di danza e di teatro della medicina.

Alcune considerazioni

Tutt'altro che semplice inserire un metodo di questa natura all'interno della professione di medico e di psicologo, pur disponendo a monte di una formazione psicodinamica. All'interno del percorso di studi universitari della facoltà di medicina non ci si limita tutt'oggi a trascurare l'importanza della relazione nel lavoro clinico del medico ma si "raccomanda" che nei confronti dei pazienti si mantenga un atteggiamento di non coinvolgimento, affermando l'indiscutibile opportunità di praticare uno sguardo oggettivante e quindi l'unico apprezzabile a fondamento scientifico dell'azione del medico. La malattia è da combattere di per sé e nient'altro, mentendo un certo investimento sulla funzione apostolica del medico.

L'impatto quotidiano con la pratica professionale soprattutto della medicina generale richiama altre esigenze e spinge a cercare oltre, al fine di individuare nuove capacità necessarie ad interpretare adeguatamente i segni che fondano una semeiotica della relazione. Alla fine del percorso i partecipanti del gruppo dispongono di uno *spartito* del metodo balintiano che cercheranno di tradurre in suoni, in colori, in immagini, in fenomeni sincretici. Leggere uno spartito al fine di produrre una buona musica richiede di percorrere una lunga strada dandone comunque una interpretazione personale. Sarà presto evidente che il gruppo eterocentrato non risulta affatto più semplice da condurre di un gruppo autocentrato.

Acquisire la prospettiva del cambiamento attraverso il percorso formativo significa confrontarsi ad un certo livello con la propria dinamica inconscia, che si attiva nell'incontro con i pazienti. Differenti necessità formative sono allora legate alla meta di condurre un gruppo Balint. Il patrimonio acquisito di conoscenze e di sperimentazione del metodo necessita di essere verificato attraverso fasi pro-

gressive di assimilazione di accomodamento, proprie di ogni processo di apprendimento, unite alla consapevolezza che quella "piccola ma significativa modificazione" della personalità professionale sia stata avviata ed abbia assunto una certa consistenza. La questione che si pone è come valutare questa modificazione. Quali dimensioni oggettivabili appartengono di fatto alla metodica Balint.

Presumiamo che queste consistano nelle modificazioni che raccolgono contenuti soggettivi di autovalutazione e che si legano a differenti comportamenti che il medico e lo psicologo mettono in atto non solo nei confronti dei casi riportati ma anche nel rapporto con gli altri pazienti. Alcuni medici dicono: "così è la professione, fare e pensare e mettersi in discussione"; "condividere problemi, angosce, desideri, obiettivi ti fa andare avanti nella professione; mi trovavo distaccato e cinico in questi ultimi tempi"; "ho cercato di essere più partecipe, più in sintonia con i pazienti; mentre ascolto, mi ascolto e questo mi aiuta molto". "Il senso di essere medici? Comunicarci le emozioni ci arricchisce e ci fa sentire orgogliosi" (Martellucci 2009). Inoltre portare questa formazione nei contesti aggregati della multiprofessionalità trascende il rapporto medico/psicologo/ paziente per farsi cultura della relazione, supporto emotivo, spazio di lavoro di una posizione partecipata ad altri da sé con tematiche comuni rivolte agli stessi pazienti. Si predispone quindi un mutamento dei rapporti con gli altri componenti dei propri gruppi interprofessionali sia degli psicologi all'interno dei vari dipartimenti, istituti e strutture di appartenenza, sia dei medici di medicina generale sempre più inseriti nelle strutture complesse delle cure primarie. L'evoluzione del gruppo ha previsto di approdare ad una certificazione di idoneità alla conduzione di gruppi Balint, dalla quale avviare la costituzione di una rete permanente di interazioni per la formazione continua, la ricerca e la progettualità di iniziative attraverso le quali si possa sostenere la motivazione personale a proseguire in questa prospettiva e la sensibilizzazione dei medici, degli psicologi e di altri operatori della salute verso una sempre maggiore attenzione alla relazione con il paziente.

Bibliografia

Balint M. (1957) *The Doctor, His patient and the Illness*, Pitman Medical Publishing, London, tr. it., *Medico, paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano 1961.

Balint M. e Balint E. (1961) *Psychoterapeutic Tecnique in medicine*, London Tavistock Publications, tr. it., *Tecniche psicoterapeutiche in medicina*, Einaudi, Torino 1970.

Luban Plozza B., Pozzi U. (1986) *I gruppi Balint. Un metodo formativo alla relazione.* Piccin, Padova.

Martellucci P.M. (2009) Gruppi Balint: Riflessioni sul rapporto medico-paziente nella Medicina Generale, in: *Professione. Cultura e pratica del medico d'oggi*, 3, 36-42.

Martellucci P. M. (2011) Il gruppo Balint e le radici di un movimento neo-balintiano nella medicina generale. In: *Professione & Clinical Governance*, XIX: 21-25.

Sapir M. (1980) Formazione "attraverso"? Formazione "a"? I gruppi Balint. Il rilassamento in senso psicanalitico, in: *Formazione e percezione psicanalitica. Proposte per gli operatori sociali*, (a cura di) R. Speziale-Bagliacca. Feltrinelli, Milano.

Sapir M. (1972) *La formation psychologique du médecin*, Payot, Paris, tr. it. *La formazione psicologica del medico. Da Balint ad oggi*. Etas libri, Milano 1975.

Esposizione e descrizione di un caso

Mario G. Santini

Caso portato da M. medico di medicina generale. (Relatore)

Roberta sessantotto aa, vedova da più di venti anni, appare poco curata, alta, grossa, capelli biondi (forse tinti…) ha quattro figli di cui tre femmine sposate, cinque nipoti e un maschio (Giovanni) che era il più piccolo, affetto da patologia renale connatale con "rachitismo renale", per cui la madre gli ha donato un rene. A quattro anni Giovanni ha subito vari interventi chirurgici, anche a Parigi, sia per una marcata scoliosi sia per la nefropatia che causava un'insufficienza renale evolutiva. Giovanni è morto a trenta anni (maggio 2010) era per tutti Giovannino, alto circa 1.20-1.30, per la scoliosi, e il rachitismo renale, ha avuto sempre tanti problemi: costretto a un busto ortopedico e a continue terapie farmacologiche, compresi farmaci immunosoppressori per il trapianto. Complicazioni allergiche a molti farmaci, broncopolmoniti frequenti, ed anche un etmoidite acuta.

Una mattina mi telefonano perché è morto Giovanni, l'avevo visitato due giorni prima per il controllo di un'ipertensione correlata a una cardiomiopatia. La madre mi dice che (il bimbo) aveva un respiro appesantito e dormiva accanto a lei, durante la notte lo tocca, e si accorge che è morto!

Roberta ha un diabete scompensato, una poliartrosi dolorosa, per cui viene spesso in ambulatorio.

La mia organizzazione di ambulatorio è che mi telefonano al mattino per le ricette-farmaci e poi vengono a prenderle in ambulatorio fra un paziente e l'altro. Le visite vengono prenotate.

Roberta ha la tosse da prima dell'estate, e da allora ho cercato di risolvere il problema facendo eseguire diversi accertamenti diagnostici e prescrivendo farmaci specifici, senza risultato significativo e

la tosse continua. Spesso mentre passa a prendere le ricette, sulla porta dell'ambulatorio mi dice: – Ho la tosse –, di solito in quell'occasione la visito ma non ho trovato mai niente di obiettivo. La tosse persiste ma non emerge niente di strumentale o obiettivo. Passa l'estate e a Settembre la tosse persiste senza variazioni, resistendo anche agli antitussivi compresa la paracodina. Una volta rivista, la paziente, e ancora rivalutato il caso mi viene in mente che possa essere una tosse non legata a una patologia organica. Così le dico di prenotare una visita.

Durante la visita Roberta parla dell'elaborazione del lutto per la perdita del figlio su cui tanto aveva investito e per cui aveva fatto tanto; inoltre viene fuori il suo dolore, la sua solitudine, le figlie vivono per conto loro, lei vive per conto proprio e si trova sola. Facendole rilevare che si trova in un impegno psicologico importante e cerco di motivarla ad andare da uno psicologo, faccio l'invio, ma senza risultati.

Anche Giovanni, consapevole delle difficoltà di vivere nelle sue precarie condizioni di salute, aveva sviluppato vari "episodi depressivi".

Nei mesi successivi, Roberta torna a prendere le ricette e sempre, mentre le ritira, dà dei colpi di tosse, insistenti. Per questo mi trovo a dare un'interpretazione psicologica e penso che sia una tosse, come dire insistente, per far sentire che è (sempre) viva, e lo faccio anche notare a Roberta, ma, in realtà, non so più cosa fare, vivo tutta la difficoltà e la frustrazione di non riuscire a trovare una soluzione. La paziente viene, tossisce, prende le ricette e sempre mi tossisce davanti… io sento di non avere più armi per risolvere la situazione.

F. psicologa. (F.p) La paziente sembra rinnovare col sintomo la difficoltà che ha di esprimere il suo disagio (si riferisce alla paziente).

E. psichiatra (E.ps) E forse non è pronta per andare da una specialista.

Relatore. Tutte le volte che si presenta mi sento impotente

L. medico di medicina generale (L.mmg) È la nostra modalità con la quale ci siamo preparati alla nostra professione; certe volte ci è difficile accettare che non possiamo sempre risolvere ogni problema ci venga presentato, specie se fisico, come sintomo, è come un senso

ferito di onnipotenza.

G. medico di medicina generale (G.mmg) Potrebbe voler dire – Ho bisogno di dire qualcosa…

Paola: ricordo anche che il marito è morto improvvisamente, quando le bambine erano ancora piccole.

E.ps.: Ha una vita sfortunata.

Relatore: Ma in realtà vive circondata comunque dalle figlie, e devo dire che obiettivamente ci sono al mondo persone più sfortunate di lei.

E.ps.: Magari viene lì ma non ce la fa ad esprimere altro che la tosse, che rappresenta una forma di comunicazione. Che fa questa donna ora? È inverno e i nipoti sono a scuola. Ha sempre lavorato da sola per mantenere le figlie.

Relatore: Lei era sarta, in casa sua ci sono abiti a mezzo per le nipoti. È religiosa, va alla chiesa.

L.mmg: È morto anche il suo rene con il figlio, ha motivi sufficienti per stare male.

P.mgg (MMG) (=MP): Sei medico anche delle figlie?

Relatore: Sì.

P.mmg: Ti hanno parlato della madre? Ci sarà un vero rapporto affettivo tra le figlie e la madre?

Relatore: L'impressione è che Roberta abbia tirato su queste figlie da sola… quando esco per visite all'una, vedo le figlie con i loro figli nel passeggino che vanno a pranzo dalla madre. Roberta da tempo si lamenta anche di essere affaticata.

P.mmg: Hai altre notizie sulla tosse?

Pmmg: Non ho notizie nuove, mi dice che tossisce tanto, specie di notte e che i farmaci non le fanno niente.

L.mmg: Questa tosse mi sembra che sia come un pianto, o un modo per liberarsi.

Relatore: In qualche modo sputa fuori qualcosa.

P.mmg: A te ti crea rabbia?

Relatore: Prima di tutto mi dispiace, un po' mi mette in risonanza, un po' mi fa rabbia per il problema che mi pone e che non riesco a risolvere. Sicuramente di più mi dispiace di non riuscire a trovare il bandolo della matassa.

G.mmg: Mi ricordo di una ragazza che si lamentava sempre del

suo mal di gola cui avevo chiesto: – C'è qualcosa che vuoi dire con questo tuo mal di gola che accusi costantemente? – e la ragazza cominciò a parlare del suo rapporto problematico con il padre, e stette un pò meglio.

Relatore: Sicuramente non pensavo di portarla al Balint (il caso Roberta) avendola inviata a una brava psicologa, per farne una lettura come sintomo psicosomatico; mah in verità la possibilità di fare una lettura del suo sintomo ce l'ha avuta.

A. psicologa (Ap.): Forse si è sentita scaricata e si è offesa.

Il Relatore dissente specificando che le sembra di essersene in realtà fatta carico.

Ap.: potevi visitarla quando veniva per le ricette.

Relatore: Questo è fuori della mia regola perché io in ambulatorio visito solo se viene richiesto un appuntamento.

A.p. la inviti a prendere un numero

Relatore: se chiede la visita lo posso sapere perché lo scrive su un cartello.

Ap.: Penso che sia il caso di parlare chiaramente con la paziente dicendo che le cause possono essere di due tipi, o è un sintomo organico o non lo è.

Relatore: Ma questo gliel'ho già detto, lei rispondeva: "Mah potrebbe essere, non so" e così l'ho indirizzata dalla psicologa, e Rosanna sembrava intenzionata ad andare, ma poi non l'ha fatto.

Ap.: Se lei fa orecchie da mercante prova a farlo anche tu e continui a proporle la psicologa. Poi se non ci va ancora, ti metti in una posizione di forza; ti inventi una spiegazione medica e le dici che ha questo o quell'altro come causa della tosse può darsi che smetta di tossire (Ndt).

F.ps: Se i pazienti non accettano di andare dallo psicologo è perché non ce la fanno.

G.mmg: Non si può dire a un paziente come lei che anche gli altri hanno tanti problemi. Mi sembra che lo sappia, da come accudisce i suoi, si occupa degli altri, ma, di lei, chi si occupa davvero? Si potrebbe provare a darle un input del tipo... Non c'è una malattia organica specifica, la causa sta altrove.

Relatore: Da questo punto di vista la paziente è molto attenta perché il figlio è stato seguito dagli psicologi.

Ep.: Potrebbe avere coltivato un'opinione brutta del mondo "psi" conosciuto dal e tramite il figlio.

Relatore: Sono sicura che è andata con fiducia a motivo del figlio; più volte mi aveva detto che sarebbe stato utile per Giovanni ritornare a fare un lavoro psicologico, penso che abbia una buona immagine del mondo psicologico.

L.mmg: Ha avuto un rapporto particolare col figlio: il figlio era l'ultimo, l'unico maschio, lo aveva salvato con il trapianto, la sua morte è inconsciamente un pò una morte sua.

F.ps: Hai indagato se Roberta vive come pesante tutta la sua famiglia onerosa? Se così fosse, essere malata la alleggerirebbe.

L.mmg: Ma era già diabetica e malata…

Fps.: L'incontro vostro potrebbe essere sulla tosse, su quando tossisce, a cosa potrebbe essere collegato? Penso che quando viene da te si impedisce di fare i vestiti per i nipoti.

P.mmg.: Proverei a farle scrivere un diario, come persona e non solo come paziente.

Relatore: A che scopo? Per dimostrare che è un sintomo psicosomatico, ma questo lei lo sa già e sembra accettarlo.

L.mmg: Perché non valorizzare a Roberta il suo stesso sintomo?

S:mmg: Mi domando se il sintomo va sempre e comunque risolto?

Gruppo: No.

Fps: Sei te, Paola, che non riesci a sopportare che la paziente abbia un problema che non riesci a risolvere.

Ammg.: Per me la tosse è organica.

Relatore: Roberta mi dice a volte: – Dottore se è organica, me la risolva –.

A.mmg: E te la mandi a fare gli esami.

Relatore: Li ha già fatti tutti, e, inoltre, le ho già tolto l'ace inibitore ed escluso il reflusso gastro-esofageo etc.

L.mmg: Balint parla che bisogna poi accordarsi su qualcosa di organico del sintomo offerto, non ho ben capito.

S.mmg: Ogni sintomo offre un vantaggio, cosiddetto secondario, togliendo il sintomo si toglie anche il beneficio che si trae dalla sua presenza e, in termini di equilibrio psicopatologico, può essere un'operazione rischiosa.

Conduttore: Fino a qui la discussione si è svolta nel tentativo di capire, di dare un senso al sintomo come modo di comunicare della paziente, ma resta sospesa la domanda implicita del Relatore: che faccio adesso?

Relatore: In tutti questi mesi è venuta abbastanza fuori la sua elaborazione-consapevolezza del dolore per la perdita di Giovanni.

Conduttore: Mi sembra che tu ti dica: ho fatto già tutto per questa donna: le dò una indicazione che non segue, e, allora, cosa vuole?

Porti nel gruppo la problematica di gestione della relazione medico paziente, quando arriva a un punto morto che attiva un'ansia impotente. Mi sembra che questa emozione ha preso tutti nel gruppo, me compreso, ci siamo barcamenati nell'ansia del fare. Poi (Ar) ha detto, per tutti, che non è detto che il sintomo debba sempre essere risolto.

La paziente ci propone un sintomo imbattibile e quindi onnipotente, non tanto perché ci impone di trovare una soluzione qui nel gruppo, nella disamina delle varie possibilità siamo arrivati fino alla provocazione di L.mmg di saltare ogni implicazione psicologica proponendo un comportamento "placebo", per farla "guarire".

Credo che ci sia qualche cosa da accettare emotivamente: che la guarigione è un solo un effetto possibile del nostro agire. È necessario che questa accettazione si collochi in un rapporto di sintonia tra medico e paziente. Se solo il medico accetta entra in una passività emotivamente distanziante, è la sintonia emotiva che attiva la possibilità di cura.

Tornando a Roberta abbiamo una paziente che sembra comunicare con un sintomo imbattibile a cui sembra "affezionata".

Relatore: Sono sei mesi ormai…

Conduttore: che porta al medico e non ad altri cari importanti della sua vita: mi preoccupa che la paziente si strutturi in una richiesta di "accudimento" e "riconoscimento" legata in via esclusiva al sintomo.

La famiglia si è ricomposta come gruppo solido capace di contenere la morte del padre, la morte "cronica" del figlio e fratello, che ha vissuto sempre in condizione di morte.

Quindi siamo di fronte all'impotenza di un dolore solitario della paziente che produce un sintomo irrisolvibile di per sé che cozza contro l'onnipotenza del medico. Questo tipo di ansia specifica, paralizzante e omeostatica è l'oggetto di condivisione tra medico e paziente e ora del gruppo.

La tua interpretazione di medico è che se non trovo una spiegazione… non so che fare.

Relatore: Non mi torna perché mi ha portato tante volte le bambine o altri della famiglia con attenzione alle loro questioni psicologiche.

Conduttore: Verbalizzare direttamente le proprie emozioni e sentimenti può riproporre i vissuti dolorosi, per cui un comportamento alessitimico attivo è una buona copertura e difesa. La differenza non è nel cercare di attivare il sentimento degli altri, ma nel vivere ed esprimere i propri sentimenti. Il linguaggio corporeo è il più arcaico, prima della verbalizzazione, e salta il circuito dell'interpretazione.

Se questo è sintomo presente al ritiro delle ricette e presentato e solo presentato al medico, se è vero che la famiglia non lo rileva, allora potrebbe essere espressione di un tentativo (del tutto inconscio) di uscire dai vissuti di isolamento nel preoccuparsi dei familiari e cercare attenzione e condivisione. Roberta offre il sintomo somatico un po' come il bambino offre il corpo alla madre.

Pmmg: … Il corpo, che anche per noi è quello più rassicurante.

*Conduttor*e: Clinicamente può essere, per questo è importante che certa ritualità medica venga conservata, anche se può sembrare ritualità inutile, toccarla (la paziente) visitarla: questo è "l'ascolto", una presa in carico che gli permette (al paziente) e ti permette (come medico) di "contenere il sintomo". Questa paziente ha bisogno di fare un cambiamento, ma non ha le risorse per farlo. Anche come descrizione fisica capelli biondi tinti, un po' come segno di non attenzione alla sua persona. Inoltre hai detto che sono molto religiosi, per loro quindi la sofferenza può essere un elemento fondamentale, quasi necessario all'equilibrio psicologico Se tu le levi questo può vivere la disperazione.

Pmmg: Mi viene in mente che possa essere un caso di bacillo di Koch o un micobatterio atipico.

Conduttore: Clinicamente è possibile, ma faccio notare che qui nel gruppo non è in gioco una "diagnosi".

Fps. Potrebbe avere una depressione mascherata.

Conduttore: Non mi sembra tanto una depressione anche mascherata, infatti, Roberta è andata al mare.

Relatore: Con la scusa di occuparsi dei nipoti...

Conduttore: Ma c'è andata. Nel depresso vero prevalgono atteggiamenti inibitori. Questa paziente è attiva.

S.mmg: Forse non ho ben capito la nostra posizione professionale: noi, in qualità di medici e come "psi", come dobbiamo muoverci, che ci stiamo a fare: Da una parte come medico abbiamo a che fare con un padrone terribile che è la scienza ufficiale, il campo tecnico-scientifico, per cui di fronte alla tosse occorre capire (anche per motivi medico-legali e di medicina difensiva) se c'è un microcitoma o un altro tumore polmonare, per poi trovarci a dover dire al paziente una prognosi infausta. Da un'altra parte, come "psic", abbiamo a che fare con un altro padrone di cui è preda il paziente, il suo inconscio. Allora forse potremmo intanto cercare di aiutare il nostro paziente a vivere meglio con se stesso, cosa che riguarda anche noi, senza sentirci troppo responsabili delle ultime conseguenze per il suo destino.

Conduttore: A questo punto siamo tornati all'inizio con un abbozzo di possibile risposta. Per finire credo si possa domandarci: che fare? E questo è l'incastro emotivo che ci è stato portato.

Osservazioni sulla seduta e sul gruppo

Il gruppo di dieci partecipanti è formato da medici di medicina generale, da due psicologi e da uno psichiatra. Questa composizione ha determinato delle variabili nella conduzione e nel lavoro "balintiano". Per questo è importante riassumere certi punti fondamentali di riferimento per la conduzione del gruppo.

- Saper ascoltare e osservare al di là dei sintomi
- Centrare sul paziente come "persona" che porta un disagio e non sulla malattia.
- Comprendere e gestire la emozioni del paziente del medico nell'intersoggettività della relazione.
- Relazione che diventa "farmaco".

Riassumendo e semplificando possono essere individuati diversi punti caratteristici e significativi.

- L'ansia di "capire" è stata accolta dal gruppo che in sintonia con la formazione individuale si è attardato a cercare di capire anche attraverso interpretazioni.
- Questo ha bloccato il gruppo in una discussione in cui le emozioni sia dei pazienti sia del medico sono rimaste marginali, accolte come un dato di fatto e di accompagnamento.
- L'apporto di ogni partecipante è stato caratterizzato dalla necessità di superare l'ansia di una frustrazione impotente.
- Il conduttore ha lasciato scorrere le interazioni con lo scopo di fare emergere le emozioni a partire da questa base comune. In seguito è intervenuto anche in modo pressante per favorire il superamento della "resistenza".
- Il gruppo si chiude in un'atmosfera di maggior consapevolezza delle implicazioni e dei sospesi emotivi portati dal medico proponente.

Osservazioni sul gruppo di formazione

Il gruppo era costituito da NN partecipanti di cui NN medici di medicina generale di cui due sono abilitati alla psicoterapia, due psichiatri e NN psicologi.

Tutti avevano fatto già esperienze di gruppo Balint e "alla Balint" ed ha lavorato nei tre anni di corso in modo coerente e progressivo.

La diversità di atteggiamento legata alla differenza della formazione di base e della professione specifica, si è presentata nel tempo senza evidenziare momenti conflittuali ma di differenze che hanno teso a integrarsi arricchendo l'esperienza di variabili significative. Se in un gruppo Balint costituito esclusivamente da medici c'è la tendenza a rimanere ancorati alle tematiche di carattere biologico, la partecipazione delle professioni psicologiche ha teso piuttosto a rimanere ancorato alle variabili interpretative di carattere psicologico ed esistenziale. Durante il percorso questa differenza si è andata attenuando in un'integrazione che ha permesso a tutti i partecipanti cogliere il clima di compartecipazione emotiva tipico balintiano.

Edizioni ETS
Piazza Carrara, 16-19, I-56126 Pisa
info@edizioniets.com - www.edizioniets.com
Finito di stampare nel mese di aprile 2013