

Questo libro fa parte di un programma di aggiornamento/formazione rivolto ai medici di medicina generale curato dalla Società Italiana di Psicoterapia Medica, SIPM, che si propone l'obiettivo di potenziare l'uso consapevole della relazione come strumento diagnostico-terapeutico nella pratica quotidiana di ogni medico. Scritto da membri del Direttivo della SIPM con il contributo di un medico di medicina generale, è organizzato per voci che trattano 15 tematiche particolarmente significative per i medici di medicina generale mettendone in luce le implicazioni psicologiche. L'obiettivo non è tanto trasmettere conoscenze su quei temi, ma stimolare la riflessione e sollecitare interrogativi che promuovano cambiamenti nel modo di porsi in relazione per stabilire e fare crescere una buona alleanza terapeutica che faciliti il processo di cura.

La dottoressa Daniela Bolelli, psichiatra e psicoterapeuta, vive e lavora a Pisa.

Di formazione psicoanalitica, è stata primario psichiatra dell'ASL di Pisa dal 1975 al 1998 e ha insegnato nella scuola della Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica SIPP dal 1996 al 2018; è membro del direttivo della Società Italiana di Psicoterapia Medica SIPM.

Autrice di varie pubblicazioni scientifiche tra le quali *Andare a tempo. Un modello di psicoterapia psicoanalitica breve* (Borla, 1996) e *Le psicoterapie psicoanalitiche nelle istituzioni* (Franco Angeli, 2001).

Ha anche scritto opere di divulgazione tra le quali *Il mondo delle emozioni* e *Le emozioni complesse* (Provincia di Bolzano, 2007 e 2008), *Per le donne che aiutano le donne* (Associazione Casa della donna, 2014).



DIZIONARIO PSICOLOGICO MINIMO PER CHI CURA

a cura di Daniela Bolelli

DIZIONARIO PSICOLOGICO MINIMO PER CHI CURA

a cura di Daniela Bolelli



a cura di Daniela Bolelli

DIZIONARIO PSICOLOGICO MINIMO PER CHI CURA

Edizioni ETS

DIZIONARIO PSICOLOGICO MINIMO PER CHI CURA

a cura di
Daniela Bolelli



Edizioni ETS

In copertina:

Sick Woman, ca 1665, oil on canvas, 76 x 63,5

Steen Jan Havicksz (1626-1679), Rijksmuseum, Amsterdam

Questa pubblicazione viene distribuita gratuitamente ed è destinata ai medici di medicina generale. Il testo ha finalità formative e didattiche. Per eventuali e comunque non volute omissioni e per gli aventi diritto tutelati dalla legge l'editore dichiara la piena disponibilità.

© Copyright 2019

Daniela Bolelli

ISBN 978-884675546-9

SOMMARIO

INTRODUZIONE	5
Daniela Bolelli, Dante Cesaretti	
A DOLESCENZA	8
Stefano Costa, Giancarlo Rigon	
A NSIA	18
Giancarlo Rigon, Stefano Costa	
A SCOLTO	32
Daniela Bolelli	
B OURNOUT IN MEDICINA	45
Mario Fulcheri, Chiara Patierno, Danilo Carrozzino	
C ORPO	49
Daniela Bolelli	
D IPENDENZE DA SOSTANZE E NUOVE DIPENDENZE COMPORTAMENTALI	56
Cinzia Bressi	
D OLORE MENTALE	70
Mario Fulcheri, Daniela Marchetti, Maria Cristina Verrocchio	
I POCONDRIA	75
Lorenzo Gammino, Marco Menchetti	
P AURA	85
Daniela Bolelli	
P AZIENTI ANTIPATICI	94
Daniela Bolelli	
P AZIENTE STRANIERO E MEDICO DI MEDICINA GENERALE	103
Vanna Berlincioni	
P SICOLOGIA DEI FARMACI: METABOLISMO PSICHICO E FARMACOTERAPIA CENTRATA SULLA PERSONA	109
Secondo Fassino	

R ELAZIONE MEDICO PAZIENTE Daniela Bolelli	120
R ESPONSABILITÀ Daniela Bolelli, Dante Cesaretti	127
V IOLENZA DOMESTICA Daniela Bolelli	135

INTRODUZIONE

Daniela Bolelli, Dante Cesaretti

Perché questo volumetto? La SIPM, Società Italiana di Psicoterapia Medica, sempre attenta agli aspetti psicologici del lavoro istituzionale ha spesso collaborato con i medici di medicina generale in iniziative congiunte medici psicoterapeuti/medici di medicina generale in varie Regioni di Italia. Il desiderio di dare sistematicità a queste iniziative e di diffonderle il più possibile ha portato a formulare un progetto di aggiornamento/formazione che è stato presentato agli organi centrali FNOMCEO e FINMG. L'accoglienza favorevole si è concretizzata in un invito agli Ordini dei medici delle varie Regioni a realizzarlo. Un aggiornamento/formazione che mira non tanto a informare per "sapere di più" quanto ad aiutare il medico di medicina generale a recuperare il suo valore terapeutico giacché tende a potenziare la sua specificità professionale di presa in carico del paziente in maniera globale. Il medico di medicina generale resta la figura che ha il maggior impegno relazionale in sanità, non soltanto per il rapporto che instaura con il paziente e la sua famiglia, ma anche con i colleghi dal momento che assolve il compito di coordinare la rete dei curanti che ruota intorno alla persona che necessita di cure; e questo anche se negli ultimi anni sono insorte notevoli complicazioni per l'eccessivo carico impostogli dagli impegni burocratici e dai cambiamenti tecnologici.

Per fornire questo aiuto nell'ambito del programma che prevede incontri e discussioni cliniche abbiamo ritenuto utile la messa a punto di un abbecedario fatto di alcune significative voci che riguardano gli aspetti psicologici dell'attività professionale del medico di medicina generale. L'intento quindi non è di fornire "dottrina" psicologica, quanto "orientamenti" psicologici sulle tematiche più significative che spieghino e giustifichino la scelta di alcune modalità comunicative rispetto ad altre in quanto più efficaci per potenziare le capacità relazionali che ogni medico ha e impiega nella quotidianità.

Non è possibile, alla luce delle conoscenze attuali anche di ordine neurobiologico, trascurare le implicazioni psicologiche dello stato di malattia e quindi è necessario ottimizzare le proprie personali risorse per poter curare. Sapere costruire una buona relazione con il paziente che fondi un'alleanza terapeutica stabile, è un atto attinente alla tecnica medica di pari dignità rispetto alla capacità di effettuare una buona auscultazione cardiopolmonare o un'attenta lettura delle analisi ematologiche, che, al pari di esse, serve a integrare i vari elementi in un quadro complessivo utile alla cura.

È facile riconoscere l'importanza che ha una conoscenza estesa del paziente in senso psicofisico e sociofamiliare per poterlo curare efficacemente, ma non ci soffermiamo abbastanza su quali sono i modi migliori per raccogliere dal paziente le informazioni che vanno a costruire questa conoscenza globale. Sappiamo la tecnica base per esplorare gli organi, la semeiotica, ma spesso lasciamo all'improvvisazione le modalità per abbattere le reticenze, superare atteggiamenti ostruzionistici o francamente aggressivi, facilitare un'alleanza indispensabile per ottenere la compliance e mobilitare le risorse del paziente.

I temi proposti non vengono trattati con pretese di esaustività informativa dal momento che chiunque sia interessato può agevolmente trovare ogni informazione su libri di testo e riviste, ma le conoscenze trasmesse vengono piegate al compito di rendere comprensibile e quindi giustificabile perché certe modalità di comunicazione risultano più efficaci per stabilire una buona alleanza terapeutica rispetto alle differenti caratteristiche di personalità dei pazienti che si presentano in ambulatorio. L'obiettivo di orientare la pratica in modo che indagini e prescrizioni da un lato, e corretti adempimenti dall'altro, diventino il frutto di una collaborazione armoniosa, ci ha indotti a scegliere di fornire più che conoscenze, stimoli di riflessione e di sollecitare interrogativi che aiutino a promuovere possibili cambiamenti nel modo di porsi in relazione nella gestione dell'operatività quotidiana.

Il paziente ha tutte le conoscenze utili su di sé, non sa nulla di malattia e delle cure, ma può sentirsi bene o male nel rapporto con il medico e questo lo influenzerà profondamente sia nel dare le informazioni necessarie, sia nel seguire le prescrizioni. Il paziente insoddisfatto guarisce con più difficoltà e quindi frustra il curante inducendolo a essere meno accogliente. In questo modo si crea un circolo vizioso, mentre la soddisfazione del paziente, oltre a indurre in lui una maggiore reattività verso la malattia, promuove maggiormente l'attenzione del curante con la conseguenza che si instaura un circolo virtuoso portatore di benessere in entrambi i membri della coppia curante/curato. È importante sottolineare che cercare di soddisfare il paziente non vuol dire acconsentire pedissequamente alle sue richieste, ma gestirle e restituirglielne trasformate in un modo che, oltre a essere efficace per la cura si rivela funzionale anche all'ottimizzazione dei tempi dedicati ad essa. Infatti la maggiore capacità di relazionarsi in una maniera che di per sé abbia una ricaduta terapeutica, va a toccare il problema scabroso del poco tempo che il medico ha a disposizione rispetto al numero di pazienti in carico e agli eccessivi adempimenti burocratici che gli vengono richiesti. Parlare interrompendo, o non sapere chiedere in una maniera che stimoli il paziente ad aprirsi con fiducia, fa perdere più tempo di quanto se ne impieghi con un ascolto attento e un intervento mirato.

Desideriamo sottolineare la scelta di optare nello scritto il più possibile per una forma semplice, quasi colloquiale, che non sempre risulta facile a chi è avvezzo a produrre testi destinati alla pubblicazione su riviste specializzate (il che giustifica una certa disomogeneità tra le voci) ma che è stata sempre onorata dai vari autori. In questa direzione va anche la decisione di introdurre un aforisma in apertura di ogni singola voce che ha l'obiettivo di offrire in forma sintetica e incisiva un concetto significativo inerente la tematica trattata perché come dice Arthur Schnitzler: "Nel cuore di ogni aforisma, per quanto nuovo o addirittura paradossale esso possa apparire, pulsa un'antichissima verità".

ADOLESCENZA

Stefano Costa, Giancarlo Rigon

Ho avuto anch'io vent'anni e non permetterò a nessuno di affermare che è la più bella età della vita. Paul Nizan

L'adolescenza è una fase della vita molto ricca, molto bella, ma anche molto complicata.

Oggi forse più di una volta vi sono elementi che rendono difficile crescere e che possono portare ad un arresto del percorso evolutivo in preadolescenza o adolescenza.

In quest'età molto importante e molto particolare, a causa di diversi fattori, alcuni fisici, altri psicologici, altri ancora sociali, si modificano il corpo, il comportamento e il modo di pensare nella transizione da bambino, a ragazzo, ad adulto.

È abbastanza caratteristico, in questo periodo, da parte dei ragazzi il fatto di non sentirsi compresi dagli adulti e, da parte degli adulti, il fatto di non riuscire a comprendere il comportamento, il modo di pensare ed agire dei ragazzi.

Già Socrate nel 469 a.C. affermava: *La nostra gioventù ama il lusso, è maleducata, se ne infischia dell'autorità e non ha nessun rispetto per gli anziani. I ragazzi di oggi sono tiranni. Non si alzano di fronte ad una persona anziana, rispondono male ai loro genitori.*

L'adolescenza è l'età del passaggio all'età adulta e per portarlo a compimento il ragazzo dovrà fronteggiare le difficoltà imposte dalla trasformazione corporea e dal sorgere impetuoso delle pulsioni sessuali. Dovrà anche con fatica ridefinire la propria identità e riorganizzare il concetto di sé, avendo anche portato a compimento lo sviluppo intellettuale con l'acquisizione del pensiero astratto logico-deduttivo. Tutto questo si accompagna a incertezza, insicurezza e fragilità, ma rappresenta la speciale possibilità di definire nuove traiettorie evolutive.

I temi che più mettono in discussione il ragazzo o la ragazza riguardano quindi la ridefinizione dell'identità, le modificazioni corporee e lo sviluppo di nuove capacità e modalità di pensiero: il pensiero astratto che spinge a mettere in discussione sé stessi e l'ambiente esterno con le sue regole ed abitudini. In particolare nel corso di preadolescenza e adolescenza, emerge come centrale il problema dell'identità personale che si mantiene in termini di continuità storica della propria persona a fronte dei profondi e rapidi cambiamenti fisici, psicologici e relazionali.

Palmonari ha proposto una classificazione dei compiti di sviluppo riferita a quelli che sono stati considerati i fenomeni universali dell'adolescenza:

- compiti di sviluppo in rapporto con l'esperienza della pubertà ed il risveglio delle pulsioni sessuali;
- compiti di sviluppo in rapporto con l'allargamento degli interessi personali e sociali e con l'acquisizione del pensiero ipotetico-deduttivo;
- compiti di sviluppo in rapporto con la problematica dell'identità o della riorganizzazione del concetto di sé.

Si verifica stress psichico con disagio, manifestazioni ansiose, ritiro, aspetti depressivi, quando la persona si rende conto che la situazione in cui si trova inserita le pone delle richieste che vanno al di là delle proprie forze, così da mettere in discussione il proprio benessere.

Un approccio utile nel lavoro con gli adolescenti è considerare le crisi come tappe della storia di ogni individuo; uno stato di squilibrio transitorio, vincolato a fattori interni o esterni, di fronte al quale bisogna trovare un nuovo equilibrio. Nel migliore dei casi – e la maggior parte delle volte – questo mette in gioco le potenzialità dell'individuo e permette un progresso nella maturazione.

Si può utilizzare, per trasmettere questo concetto nel confronto con i giovani pazienti, l'ideogramma con cui la scrittura cinese trascrive il termine crisi che è composto da due elementi: uno significa "pericolo" e l'altro "opportunità".

È importante avere a mente che anche a fronte di situazioni con blocchi psicologici rilevanti, in adolescenza è frequente la possibilità di mettere in campo le risorse dei giovani pazienti e giungere ad una ripresa del percorso evolutivo.

L'adolescenza rappresenta quindi un'occasione particolarmente preziosa per potenziare i fattori protettivi e per rilevare i segnali di rischio. In un contesto in rapido mutamento, anche l'adolescente si è trasformato così come l'espressione del suo disagio che richiede un'attenzione tempestiva e risposte rapide ed efficaci.

È un'importante responsabilità degli adulti saper cogliere e intercettare le istanze degli adolescenti per accompagnarli nella transizione verso l'età adulta e matura. Se si parte dalla considerazione che i periodi di crisi e di trasformazione adolescenziali sono momenti opportuni per ricercare e sviluppare attitudini e potenzialità, allora la sfida per gli adulti diventa quella di trasformare questa fase di crisi in un'occasione di pensiero e di costruzione di significati.

Di fronte a questi cambiamenti che il più delle volte si presentano in forma burrascosa e disordinata è evidente la difficoltà nella quale si vengono a trovare i genitori che diventano l'interlocutore primo delle rimostanze dei figli dovute alle sofferenze legate al cambiamento, il campo relazionale privilegiato dove vengono sperimentate le nuove acquisizioni e i tentativi di autonomia.

Dal punto di vista della salute gli adolescenti sono solitamente sani, ma nello stesso tempo è noto che in questa fase di età iniziano numerosi disturbi di carattere emotivo che possono strutturarsi fino a veri e propri quadri di psicopatologia.

Gli studi epidemiologici internazionali mostrano dati di prevalenza dei disturbi psicopatologici in adolescenza analoghi in diversi Paesi, attorno al 10% della popolazione generale.

I disturbi prevalenti secondo le diverse ricerche sono: ansia, disturbo della condotta e abuso di sostanze.

Il ruolo del medico di medicina generale

A fronte di questi dati quale può essere il ruolo del medico di medicina generale?

È evidente che nei casi conclamati di disturbo psicopatologico rimane fondamentale un ruolo innanzitutto di accompagnamento ad un servizio specialistico e, quindi, di monitoraggio dell'andamento con una conferma, al paziente ed ai familiari, delle indicazioni fornite dai colleghi, ma al di là della patologia il medico di medicina generale può svolgere una funzione cruciale di sostegno e di confronto nell'accogliere le richieste che il giovane formula anche in maniera non verbale o attraverso comportamenti che il genitore fa più fatica a comprendere. Infatti l'adolescente spesso attacca, sfida, anche in maniera insultante, nel tentativo di affermarsi come individuo separato, quindi con caratteristiche differenti dai genitori che fino ad allora sono stati il suo punto maggiore di riferimento: fonte di sicurezza, ma anche di notevole repressione.

Particolarmente incisiva è la frase detta a questo proposito da Joe Namath, talentuoso giocatore di football americano: quando avevo 13 anni pensavo di chiamarmi "Zitto tu".

È evidente che sentirsi continuamente sotto attacco, sfidati fino all'insulto, suscita reazioni di rifiuto e repressive in chiunque, ma il medico, molto meno coinvolto affettivamente del genitore, se sarà consapevole del fatto che se il giovane ha con lui questi comportamenti è perché è in difficoltà, incapace di trovare una nuova modalità di essere nel mondo che risponda alla sua diversità e di affermarla serenamente, potrà più facilmente tollerare questi comportamenti fortemente irritanti. Pertanto potrà non reagirvi, ma ascoltare ciò che sottendono per leggere negli attacchi che gli vengono diretti o la richiesta di aiuto o la dolorosa sofferenza per il senso di solitudine e la difficoltà ad affrontare i nuovi compiti. A seconda di ciò che gli sembrerà prevalere potrà quindi, dopo aver espresso comprensione per il disagio, nominare il sentimento prevalente che

secondo lui il ragazzo sta provando e dare una risposta che legittimi la ribellione riportandola al desiderio di autonomia, ma la orienti verso comportamenti non distruttivi. I suggerimenti in questo senso potranno essere più facilmente accettati perché la sua autorità è svincolata da quei sentimenti di rivalsa e rivendicazione che il giovane prova verso i genitori dai quali ha dovuto così a lungo dipendere.

Affrontare e superare le tappe dello sviluppo psicosociale (distacco dai genitori, modifiche fisiche, definizione di identità individuale e ruolo sociale, ecc.) è un processo non sempre lineare che richiede impegno e una certa fatica. In questa logica l'obiettivo del lavoro con l'adolescente non è la guarigione da una malattia, ma la ripresa del processo di crescita che spesso deve uscire da una situazione di scacco evolutivo. L'adolescente infatti può sentirsi bloccato dalla percezione di una sensazione di diversità, di incompetenza dovuta ad una discrepanza fra come si percepisce e ciò che si aspetta da se stesso o ciò che ritiene gli altri si aspettino da lui.

Il ragazzo ha quindi necessità di essere ascoltato, di sentirsi compreso e di comprendere l'origine emotiva ed intrapsichica di alcuni suoi sintomi o problemi ed essere confermato nella possibilità di evolvere positivamente rispetto alla eventuale situazione di stallo, trovando una propria strada, nuova ed originale, al momento forse non ancora pensabile.

Quali sono le “domande” degli adolescenti ai medici di medicina generale?

Le questioni che nella pratica di ogni giorno i ragazzi pongono più spesso ai medici di medicina generale e che sono difficili da gestire per le componenti di natura psicologica sono state indicate dai colleghi in un lavoro di ricerca-azione fra pediatri di libera scelta, medici di medicina generale e alunni di una Scuola Superiore. Esse riguardano¹:

- autolesione
- isolamento sociale e le difficoltà nelle relazioni interpersonali
- difficoltà di accettazione del proprio corpo (fino al disturbo alimentare)
- disturbi psicosomatici (come cefalea e dolori addominali ricorrenti di natura tensionale)

Rispetto a questi quadri verranno più avanti fornite alcune indicazioni che il medico di medicina generale potrà utilizzare nel lavoro con gli adolescenti e le loro famiglie.

¹ Sezione Regionale Emilia-Romagna della SIPM in collaborazione con il Liceo scientifico “Sabin” di Bologna e l'Ordine dei Medici di Bologna.

Che risposte dare?

Queste stesse questioni, indicate dai medici di medicina generale, sono state presentate agli alunni di un Liceo (17-18 anni) chiedendo che fossero proprio loro a dare indicazioni su come potessero essere affrontate.

Fra le indicazioni fornite dai ragazzi è emersa in modo concorde l'importanza di offrire uno spazio di ascolto e di una relazione di fiducia che rendesse i ragazzi protagonisti.

Veniva segnalata da loro stessi anche la delicatezza della gestione del rapporto coi genitori fra segreto professionale e utilità che fosse fornito ai genitori un supporto.

I ragazzi suggerivano quindi momenti di confronto in cui il medico di medicina generale ed il giovane paziente avessero possibilità di esplorare le questioni emotive sottostanti alla situazione di disagio ed al sintomo che avevano portato alla consultazione.

È importante che il medico di medicina generale sia consapevole del potenziale ruolo di interlocutore privilegiato che i ragazzi possono attribuirgli, anche dopo un solo incontro; quello di cui hanno necessità è un adulto competente e non un sostituto parentale, un adulto che possa dare conferme e sostegno nell'impresa in cui sono immersi, volta ad una nuova definizione personale e sociale.

Considerazioni generali sul disagio e la psicopatologia adolescenziale

Nel rapportarsi con i ragazzi, è necessario avere a mente che è cambiato – nel contesto della vita sociale e nella visione del mondo dei ragazzi – ciò che è considerato normale o anomalo, patologico, nel comportamento e negli atteggiamenti. Vi è una maggiore tolleranza di fronte alle trasgressioni, che confina con l'erosione dell'autorevolezza e dell'autorità degli adulti; una minore capacità degli adulti di essere accanto ai bambini e agli adolescenti non solo per mancanza di tempo, ma anche di conoscenze e di formazione a cui fa riscontro il prevalere del gruppo dei pari o della rete Internet come riferimento per consigli o supporto; una forte influenza dei modelli e degli stili di vita trasmessa dalla televisione e dai social-media con una diminuzione della percezione del rischio ed una forte pressione ad assumere comportamenti considerati rischiosi.

Sono in aumento quadri problematici come gli agiti autolesivi (foto dei tagli postate sui social-media e condivise nei gruppi di scuola, sfide fra coetanei, ecc.), il consumo di alcol e sostanze stupefacenti, l'abbandono scolastico ed il ritiro sociale.

All'isolamento degli adolescenti si accompagna l'allentamento delle reti

primarie di parentela che porta ad un maggiore isolamento delle famiglie e comporta crescenti probabilità per bambini e adolescenti di crescere con ridotte o assenti reti di parentela orizzontale (fratelli, cugini), mentre le reti verticali (nonni, zii, bisnonni) si spezzano più facilmente o si complicano maggiormente per via delle separazioni e dei divorzi e diventano più faticose da sostenere.

L'attenzione all'aspetto esteriore, all'apparire e all'avere piuttosto che all'essere, la paura di sbagliare e fare brutta figura, che deriva da una costante necessità di conferma esterna, motiva spesso il comportamento degli adolescenti e dei giovani, collegato alla ridotta capacità degli adulti di rappresentare un punto di riferimento stabile, accogliente, autorevole.

In questo panorama la figura del medico di medicina generale può rappresentare un riferimento importante per fornire consigli ed indicazioni sia ai giovani pazienti, sia ai loro genitori.

Alcuni quadri specifici

Autolesione e condotte a rischio

Sono molti i ragazzi che si tagliano; secondo alcuni studi attorno al 17% della popolazione generale. Che significato possono avere i comportamenti estremi? L'esposizione volontaria al rischio di ferirsi o di morire, le sfide, i giochi pericolosi, i tentativi di suicidio, le fughe, il vagabondaggio, la tossicodipendenza, la dipendenza da videogiochi, da internet, i disordini alimentari...

Le condotte a rischio possono essere lette come tentativi di sperimentare un mondo sociale che ancora sfugge, forme paradossali di comunicazione, possono essere avvertite dai ragazzi come "soluzioni provvisorie per non morire" perché danno loro la sensazione almeno di poter controllare qualcosa, di poter essere padroni di un'azione che ha un effetto su di sé e in questo senso risultano "tentativi di adattamento al mondo cercando di non rinunciarvi del tutto" proprio perché almeno su quella cosa ho controllo, la decido io ed ottengo un risultato, muovo attenzione e risposte attorno a me.

Il sollievo è provvisorio e a volte bisogna ripetere l'atto per respingere ancora la sofferenza.

Spesso il giovane cerca sé stesso e non sa che cosa persegue attraverso questi comportamenti pur rendendosi chiaramente conto che essi turbano le persone che ha attorno e lo mettono in pericolo.

Il medico di medicina generale, quindi, a fronte di diversi comportamenti autolesivi può ragionare con i giovani pazienti sul fatto che queste condotte a rischio contengono una domanda "dolorosa" sul senso della vita, sono modi per

forzare il passaggio all'età adulta abbattendo il “muro di impotenza” che in quel momento della vita i ragazzi avvertono.

Il medico di medicina generale, come gli adulti che dialogano con i ragazzi, se vogliono essere compresi, occorre che riconoscano al giovane una posizione di pari dignità, lo prendano sul serio e gli parlino come avrebbero desiderato che si parlasse loro quando avevano quell'età.

Il ritiro sociale, l'abbandono scolastico

Sono molti, anche i ragazzi che smettono di andare a scuola e si chiudono in casa: in Italia l'abbandono scolastico riguarda circa il 15% dei ragazzi, una percentuale molto alta rispetto alla media europea. È un quadro in aumento.

Alcuni di questi casi presentano un quadro più complesso di ritiro sociale, con chiusura completa in casa. È difficile avere dati epidemiologici attendibili perché non sempre le famiglie si rivolgono a medici o psicologi per chiedere aiuto.

Cosa accade? Il ritiro sociale riguarda adolescenti fragili in cui l'esigenza di avere conferma, rispecchiamento e successo è talmente forte da vederli facilmente esposti al rischio di non sentirsi sufficientemente apprezzati: quando questo riconoscimento manca ed anzi il ragazzo o la ragazza percepiscono un rifiuto o la possibilità di un fallimento, può aprirsi la strada del ritiro sociale.

Nel confronto con gli altri i ragazzi provano vergogna e temono diverse difficoltà e situazioni imbarazzanti o di disagio:

- goffaggine e disarmonia
- repellenza: emettere cose negative (sudore e odori, brufoli, erezioni)
- debolezza, incapacità di attacco e difesa: gli sguardi lo trafiggono
- paralisi, incertezza nel parlare, blocco, tremori
- rottura di continuità con il passato, delusione delle aspettative
- fantasmi: malattia, indolenza.

Il medico di medicina generale può mettere in campo o suggerire, a fronte di questi quadri di ritiro, diverse azioni di tipo non specialistico che possono risultare efficaci:

- promuovere ed attivare il sostegno da parte dei pari ad esempio invitando a contattare un vecchio amico fidato, un compagno delle scuole precedenti, provando – magari attraverso i genitori – a coinvolgere compagni di classe, docenti o allenatori sportivi per favorire una ripresa di contatti magari su temi specifici come il fare i compiti o una partecipazione ad una gara/torneo particolare.
- suggerire un percorso di sostegno ai genitori per ripristinare la comunicazione all'interno del sistema familiare.

- attivare l'intervento di qualcuno esterno alla famiglia.

Tenere presente che la filosofia generale dell'intervento dev'essere interrompere il circolo vizioso in cui i soggetti ritirati si trovano: assenza di socialità-ritiro-perdita del contatto sociale; ancora una volta offrire al ragazzo momenti di ascolto e confronto rappresenta un utile ed efficace strumento terapeutico nelle mani del medico di medicina generale.

Disturbi alimentari

I disturbi alimentari possono rappresentare crisi momentanee dell'immagine di sé, della percezione corporea, oppure strutturarsi come quadri patologici conclamati.

Il medico di medicina generale può intervenire nei quadri lievi all'esordio e, in ogni caso, tenere a mente alcuni utili elementi di tecnica terapeutica nel confronto coi pazienti ed i genitori:

- evitare un investimento eccessivo nel cercare di cambiare il comportamento alimentare
- esaminare le distorsioni cognitive riguardo al proprio corpo e a credenze cognitive illogiche esplorandole in modo non giudicante; ad esempio riguardo ad un calo di peso non richiamare la "norma" statistica delle tabelle, ma far notare ugualmente l'andamento con frasi del tipo: "probabilmente il tuo desiderio di cambiare è così forte che hai perso ancora peso"...
- allargare l'ambito della riflessione, rispetto al campo alimentare, a quello delle relazioni interpersonali coi pari e con i genitori e delle attività scolastiche e relative al tempo libero.

Nei quadri conclamati e gravi, invece, è indicato un intervento terapeutico, specialistico e multidimensionale con psicoterapia familiare e individuale, eventualmente integrato con intervento farmacologico ed educativo ed il ruolo del medico di medicina generale diviene quello di accompagnare il giovane paziente ad un servizio specialistico e monitorare, quindi, l'andamento del percorso clinico all'interno della relazione di fiducia stabilita con il ragazzo e la famiglia, sostenendo le indicazioni dei colleghi e fornendo eventuali spiegazioni rispetto ai dubbi ed alle resistenze dei pazienti e dei familiari.

Accessi al Pronto Soccorso

Nei Pronto Soccorso, soprattutto nei fine settimana, è molto frequente trovare ragazzi e ragazze che accedono in urgenza a seguito di incidenti, traumi, risse, intossicazione da alcol o sostanze.

Negli stati di malessere e anche nelle crisi evolutive, il corpo dell'adolescente diviene un mezzo sia per esprimere una sofferenza non rappresentabile a parole,

sia per metterla in scena, nel tentativo di allontanare da sé “un'emergenza interna”, legata al sopraggiungere di emozioni, conflitti, movimenti pulsionali che il ragazzo non riesce a contenere e a simbolizzare.

In adolescenza l'azione è, infatti, un modo di comunicare privilegiato, poiché il linguaggio verbale è sentito come non adatto a tradurre quello che l'adolescente sente, davanti alla complessità delle trasformazioni fisiche e relative al pensiero.

Sono numerose le ricerche cliniche che, negli ultimi anni, s'interessano agli agiti violenti dei giovani con ripercussioni autolesionistiche sul corpo, come i tagli autoindotti (self-cutting), le ecchimosi, gli incidenti ed infine i tentativi di suicidio. Questi studi mettono in evidenza che gli adolescenti non si rivolgono sempre ai servizi di salute mentale, ma vagano a lungo utilizzando un'escalation di sintomi e di condotte rischiose nel tentativo di comunicare agli adulti una sofferenza psichica che non può essere pensata.

Il Pronto Soccorso diviene quindi un luogo privilegiato per la possibilità di accogliere questi ragazzi e di attuare un primo screening diagnostico ed un primo supporto.

Il medico di medicina generale può ricevere un paziente dopo uno di questi accessi al Pronto Soccorso e raccogliere l'opportunità di rileggere l'accaduto assieme al paziente, aprendo una possibilità di lettura psicodinamica.

Disturbi psicosomatici

Per quanto riguarda i disturbi psicosomatici possono essere utilizzate dal medico di medicina generale le considerazioni riportate nella voce “Ansia” di questo abbecedario.

Il ruolo della famiglia

Nonostante i frequenti litigi, nonostante le chiusure, la famiglia continua ad avere per l'adolescente un ruolo centrale e può essere un elemento determinante nella prevenzione di situazioni di crisi e nel progetto di intervento.

Risulta ad esempio molto importante la possibilità di avere positivi spazi di confronto intrafamiliari. Fra le cose che il medico di medicina generale può indicare vi è l'apparentemente semplice consumare assieme i pasti in famiglia: alcuni ricercatori hanno evidenziato l'efficacia di questo momento, affermando che tutti gli operatori sanitari dovrebbero educare le famiglie rispetto ai benefici che possono derivarne.

I pasti consumati assieme in famiglia (magari senza la televisione come sottofondo, proprio per favorire un effettivo dialogo e confronto sugli accadimenti della giornata) possono servire per aumentare la coesione familiare, la stabilità,

migliorare le risorse dello sviluppo adolescenziale, discutere strategie di risoluzione dei problemi.

Per quanto possa apparire scontato o utopistico, rimane vero e confermato da ricerche che ambienti familiari sani, inclusa la coesione familiare (cioè sentimenti di amore, calore e cura da parte dei genitori) si sono dimostrati protettivi nei confronti di problematiche relative alla salute mentale o ad esiti psicosociali negativi.

Riferimenti bibliografici

Palmonari A. (1993): *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino, Bologna.

Costa S., Rigon G. (2016): *Adolescenti: bisogni psicologici e medici di base. Esperienza con allievi di un liceo*. In: “La dimensione psicoterapeutica in sanità: la relazione col paziente strumento base di ogni cura”. Atti del 43° Congresso Società Italiana di Psicoterapia Medica, Chieti, 9-12 Giugno 2016, p. 29-30.

ANSIA

Giancarlo Rigon, Stefano Costa

La situazione di angoscia è caratterizzata dalla impossibilità, per il soggetto, di utilizzare la parola come mediatore. Quando egli arriva a tradurre in parole ciò che sente, non c'è già più una vera angoscia.... Maud Mannoni

Il termine *ansia*, *stato di agitazione, di forte apprensione, dovuto a timore, incertezza, attesa di qualcosa*, richiama quelli di angoscia e paura; essi sono infatti spesso usati come varianti, se non come veri e propri sinonimi, di uno stesso stato d'animo: quello dell'uomo che si sente in pericolo, sia che questo venga dall'esterno (in questo caso lo chiamiamo paura) che dall'interno di sé (o sproporzionatamente ad una ragione esterna, ed in questo caso lo definiamo *ansia*, *angoscia*).

Le parole “*ansia*” ed “*angoscia*” hanno in comune l'etimologia: entrambe hanno la loro radice nel latino *angere*, che significa “stringere, comprimere, soffocare”, con chiaro riferimento alla sensazione di oppressione e di costrizione che solitamente si accompagna a questi stati affettivi.

I disturbi d'ansia sono i disturbi mentali più frequentemente diagnosticati e trattati nei contesti di cure primarie. La prevalenza nel corso della vita è riferita negli USA oltre il 29%.

Da qui l'importanza che il medico di medicina generale (MMG) sia in grado di riconoscere i disturbi d'ansia ed iniziare il trattamento.

La presentazione di questa “voce” sull'ansia si sviluppa a partire da alcune indicazioni sul ruolo del medico di medicina generale tratte dalla letteratura scientifica (articoli e Linee Guida), per poi allargare lo sguardo su diverse dimensioni dell'ansia: da quella esistenziale (l'ansia come parte dell'uomo) a quella sintomatica nelle componenti biologica ed affettiva, a quella legata alle diverse fasi di età; tratteremo infine le indicazioni terapeutiche.

Lo scopo è quello di fornire al medico di medicina generale suggerimenti di carattere pratico e riferimenti teorici per una lettura ampia del fenomeno ansia in ottica psichiatrica e psicoterapeutica, consentendo di collocare i sintomi d'ansia nella storia personale di ogni individuo per leggere in modo profondo quanto riportato dal paziente e potergli restituire, al termine della valutazione, una lettura globale del sintomo e del disturbo, nella convinzione che l'applicazione delle indicazioni pratiche in ambito psicoeducativo (che hanno, come vedremo, un valore psicoterapico) e la assunzione della eventuale terapia farmacologica, saranno effi-

caci se presentate al paziente all'interno di questa cornice globale ragionata e condivisa.

Come vedremo il valore psicoterapeutico del medico di medicina generale è particolarmente rilevante sia nel momento diagnostico (apertura al paziente di una possibilità di attribuzione causale legata alle emozioni rispetto ai propri sintomi), sia nella fase di individuazione delle strategie terapeutiche e delle indicazioni che possono essere fornite, sia, infine, nel favorire e sostenere l'adesione del paziente alla terapia.

Ruolo del medico di medicina generale nei quadri di ansia

Un ruolo attivo del medico di medicina generale nella diagnosi e anche nel trattamento dei disturbi d'ansia è previsto nelle Linee Guida internazionali. Si parla di "medici esperti", resi tali da appositi corsi.

Ma al di là delle indicazioni che vedremo, è un dato di fatto che nella pratica quotidiana molti pazienti si rivolgono al medico di medicina generale e non ai servizi specialistici a fronte di disturbi d'ansia.

La centralità del medico di medicina generale nel trattare la componente emotiva presente come causa o come effetto, nelle situazioni che i pazienti gli presentano quotidianamente è ben sottolineata fin dal 1957 da Michael Balint, medico e psicoanalista, figlio di un medico di famiglia, i cui studi si sono incentrati proprio sulla formazione e supervisione dei medici di medicina generale per il trattamento dei disturbi psicopatologici e lo hanno portato a definire un vero e proprio metodo, noto come "Gruppi Balint".

Egli scriveva che *"il Farmaco di gran lunga più usato in medicina generale è il medico stesso. In nessun testo si trova una qualunque indicazione sulla dose in cui il medico deve prescrivere se stesso"*.

E più avanti: *"il primo principio dovrebbe essere: non consigliare o assicurare mai un paziente prima di aver scoperto qual è il vero problema... Il miglior consiglio che si possa offrire al medico generico è il seguente: nel dubbio non avere fretta, ma ascoltare"*.

Nell'introduzione all'edizione italiana del testo di Balint, Pier Francesco Galli precisa opportunamente che *"Il corretto atteggiamento del medico di fronte al paziente può essere chiamato una psicoterapia aspecifica e sarebbe componente essenziale di qualsiasi azione terapeutica; ciò non significa voler creare degli pseudo-terapisti, ma far sì che il medico, nell'ambito dei suoi limiti e del suo lavoro professionale, senza sconfinamenti pericolosi possa beneficiare di una tecnica che gli indichi come muoversi nel rapporto emotivo senza doversi affidare continuamente a soluzioni empiriche"*.

Data l'importanza crescente del medico di medicina generale nella diagnosi e nel trattamento, diretto e/o per invio a centri o colleghi specialistici, confermata dalle recenti Linee Guida sul trattamento dei disturbi d'ansia (NICE 2011 e 2013) che prevedono un ruolo attivo da parte del medico di medicina generale appositamente formati, i trattamenti combinati dovrebbero essere intrapresi solo da medici con esperienza nel trattamento psicologico e farmacologico.

I medici generici nelle pratiche di intervento dovrebbero ricevere una formazione per riconoscere il disturbo d'ansia generalizzato e fornire sia il trattamento farmacologico, sia interventi psicologici a bassa intensità: psicoeducazione e "autoaiuto non facilitato" che comprende materiali scritti o elettronici formulati in modo adeguato all'età, basati sui principi di trattamento della terapia cognitivo comportamentale, e contenenti istruzioni affinché il paziente possa lavorare su di essi per un periodo di almeno 6 settimane.

Solitamente – affermano le linee guida (a sottolineare la fattibilità dell'intervento proposto) – questi interventi richiedono un contatto minimo da parte del terapeuta, ad esempio una breve telefonata occasionale di non più di 5 minuti.

Questo è ben noto ed è anche parte dell'approccio psicodinamico di autori come Winnicott (l'ora in 20 minuti, Castelnuovo-Tedesco, 1972) e Balint che come medici si sono preoccupati di temperare la dimensione relazionale con lo scarso tempo a disposizione del medico di medicina generale.

L'intervento del medico che valorizzi l'ascolto e dia attenzione alla relazione emotiva con il paziente aiuta anche a comprendere meglio se e quando è necessario un intervento specialistico e, nel caso, ne facilita l'avvio.

Questo approccio, evidentemente, porta con sé un confronto molto diretto con il malessere psicologico dell'altro e mette in campo la nostra dimensione affettiva.

Merini, in un testo sul rapporto medico paziente afferma che "La richiesta esplicita e matura che il paziente rivolge al medico è quella di poter guarire, quella implicita e 'regressiva' veicolata attraverso la domanda di cura è invece legata al suo bisogno (inconscio) di essere accolto dal punto di vista emotivo. Il rapporto col medico consente al malato di sperimentare quella fiducia che è alla base di ogni possibile intervento terapeutico".

L'impegno emotivo che questo tipo di rapporto richiede al medico di medicina generale va sostenuto con occasioni di confronto e supervisioni di gruppo dove portare ed elaborare la fatica che questo lavoro comporta. I Gruppi Balint citati più sopra hanno proprio questa funzione.

Linee Guida internazionali sull'ansia insistono, come abbiamo visto, sull'acquisizione di competenze specifiche da parte dei medici di medicina generale e sotto-

lineano la necessità che possano usufruire di occasioni di “supervisione regolare e di alta qualità”.

Per avere un’idea dei passi che vengono consigliati seguendo un approccio cognitivo-comportamentale citiamo i passaggi principali previsti dal programma di trattamento “Cool Kids” che viene indicato dall’International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions nel 2012.

Il primo passo è il riconoscimento dell’ansia come aspetto fisiologico nell’uomo: l’ansia è un’emozione normale, tutti la proviamo e non è sempre un male; in condizioni normali, essa rappresenta il risvolto emotivo della vigilanza che esercitiamo su ciò che accade attorno a noi e dentro di noi. Se l’intensità dell’ansia, la frequenza con cui il paziente la sperimenta, l’incongruità con la causa scatenante sono tali da non farcela ritenere ‘normale’, si dovrà compiere il secondo passo che consiste nella esposizione progressiva alle condizioni che la provocano: le paure vengono fronteggiate poco a poco, a partire da quelle minori. Viene per questo redatto un elenco (o “gerarchia”) che contiene una serie di differenti situazioni temute che vengono man mano affrontate.

Infine, viene proposto un lavoro sulle competenze sociali e sull’assertività: capacità di fare amicizia, di esprimere liberamente sentimenti ed opinioni, di affrontare le prese in giro e le situazioni di vero e proprio bullismo.

Recenti studi dedicati all’intervento da svolgere nell’ambito delle cure primarie attestano l’efficacia di un intervento di problem-solving, individuale o di gruppo, in un numero limitato di sedute (da 7 a 14).

Gli elementi della terapia cognitivo comportamentale ritenuti utili per affrontare l’ansia sociale comprendono le capacità di gestione dei sintomi, la formazione delle abilità sociali, la ristrutturazione cognitiva finalizzata a modificare i processi di pensiero dei pazienti e l’esposizione. (Vedi esempi in Tabella 1)

Indicazioni sulla valutazione

La diagnosi è resa difficile dal fatto che meno del 25% dei pazienti lamenta un sentimento di ansia come sintomo e più del 50% si presenta con un sintomo somatico: per questi motivi vengono riferiti tassi di errori diagnostici sino al 71%.

La maggior parte dei pazienti con ansia si presentano al medico di medicina generale con disturbi somatici in alcuni casi collegabili a stress, mentre altri possono lamentare una varietà di sintomi apparentemente non collegabili alla condizione psicologica del soggetto.

Cefalea, nausea o disturbi gastrointestinali, insonnia, tensione muscolare, parestesie, dolore al petto, palpitazioni o tachicardia, sono i sintomi comunemente esperiti dai pazienti con ansia.

Tab. 1 – elementi terapia cognitivo-comportamentale per il trattamento dell'ansia sociale

Capacità di gestione dell'ansia

Comprende la respirazione controllata, il rilassamento e altre tecniche rilassanti.

Abilità sociali

Comprende le abilità verbali e non verbali che facilitano l'efficacia sociale, come l'inizio e il proseguimento di una conversazione, il contatto visivo appropriato e la capacità di affermazione di se stessi in modo appropriato.

Ristrutturazione cognitiva

Comprende un lavoro di riflessione e consapevolezza per riuscire ad identificare, e modificare i pensieri automatici di tipo ansioso che da un lato portano ad una sovrastima della minaccia sociale, e dall'altro lato ad una sottovalutazione della propria capacità di gestire le richieste sociali e ad una visione catastrofica delle conseguenze delle proprie difficoltà sociali.

Esposizione graduale a situazioni temute

Prevede un rientro graduale nelle situazioni sociali temute per ridurre l'ansia che generano.

I sintomi che non trovano una spiegazione organica dopo una valutazione clinica possono far emergere nel medico di medicina generale il sospetto di un disturbo d'ansia.

In fase di valutazione, fra le prime indicazioni, è importante tenere a mente che una rassicurazione prematura può essere controproducente nei pazienti ansiosi che possono sentirsi non compresi e non rispettati se non vengono approcciati in modo adeguato.

Goldberg e Goodyer affermano che fare diagnosi costituisce solo l'inizio del processo: l'obiettivo è aiutare il paziente a comprendere la natura del suo problema e a valutare costi e benefici delle opzioni terapeutiche disponibili.

Non è scontato che il paziente con sintomi di ansia si rivolga al proprio medico: analizzando il motivo per cui le persone con disturbo emotivo non si recano dal medico, la ragione più comune è che pensano che nessuno possa aiutarli rispetto al loro problema o che dovrebbero essere in grado di farvi fronte da soli.

Per facilitare la possibilità di arrivare alla diagnosi di disturbo d'ansia e facilitare la comunicazione fra il paziente ed il medico, sono stati evidenziati alcuni comportamenti che è utile che il medico di medicina generale assuma per permettere al paziente di inviare segnali che renderanno più facile per il medico la diagnosi di disturbo emotivo:

- Mantenere il contatto visivo con il paziente
- Fare commenti empatici (come, ad esempio: “Mi rendo conto di quanto sia faticoso per lei parlare di queste cose”)
- Raccogliere messaggi verbali
- Raccogliere messaggi non verbali
- Porre domande dirette a contenuto psicologico (ad esempio: “Le capita spesso di affrontare situazioni difficili senza sentirsi agitato al momento, salvo poi, a

distanza, avere mal di testa/insonnia...)”)

- Non leggere appunti o guardare il computer mentre il paziente sta parlando
- Controllare l'eccessiva loquacità
- Gestire il problema emergente

Allargare lo sguardo sull'ansia

Ansia parte dell'uomo

Per Kirkegaard in “Briciole di filosofia” l'angoscia è presente nel soggetto posto di fronte all'esistenza che gli appare come possibilità indeterminata; essa infatti accompagna la possibilità di scelta che è data all'uomo e può paralizzarlo di fronte alla minaccia del nulla e dannare l'individuo, ma al tempo stesso, liberando l'uomo dall'attaccamento alle cose finite, può condurlo alla fede e alla salvezza. Al di là dall'interesse teologico, nella riflessione di Kierkegaard va sottolineato il valore positivo che egli assegna all'angoscia come fattore propulsivo dell'esistenza umana.

I segnali corporei dell'ansia

L'ansia si manifesta molto spesso attraverso il corpo utilizzando diversi “segnali”; vi sono poi alcune patologie organiche che hanno sintomi in comune o sovrapponibili a quelli di un attacco d'ansia; in ultimo, vi sono le patologie psicosomatiche, in cui l'unità mente-corpo trova espressione con patologie organiche su base psichica.

a) Sintomi fisici dell'ansia

I diversi stati d'ansia, acuto e cronico, si accompagnano quasi costantemente ad una sintomatologia fisica: negli attacchi acuti, che spesso si configurano come veri e propri “attacchi di panico”, essa è spesso così intensa da comportare l'accesso al Pronto Soccorso, anche perché le manifestazioni somatiche sono apparentemente sovrapponibili a quelle di un infarto cardiaco: il soggetto prova irrequietezza motoria, sudorazione, tremori, palpitazioni, senso d'oppressione toracica, sensazione di mancanza d'aria, senso di vertigine e sbandamento.

In molti casi quindi all'ansia che ha scatenato l'attacco si aggiunge, sommandovisi, la paura di morire.

Afferma a questo proposito Eugenio Borgna nel suo testo “Le Figure dell'ansia”: “Il timore del morire e l'angoscia della morte sono realtà tematiche che si osservano in ogni forma clinica d'ansia ma, soprattutto, nell'ansia fobica e nell'ansia che si accompagna ai disturbi cardiaci. Ma è possibile chiedersi se l'ansia della morte e il timore del morire non siano solo motivi d'essere (temi) dell'ansia neurotica, ma possano anche essere motivi che abbiano a trascinare in essa: ne siano, cioè, elementi patogenetici...”

Alla radice dell'ansia ci può essere l'esperienza di una morte negata ed allontanata dall'orizzonte della coscienza, e ogni volta inesauribilmente rinata”.

Gli stati d'ansia cronici si manifestano, invece, con una sintomatologia più blanda, ma persistente come astenia, affaticabilità, anoressia, disturbi gastrointestinali, cefalea, malesseri diffusi e mal localizzati; anche in questo caso, spesso, il soggetto affetto si rivolge a diversi medici specialisti e talvolta soltanto dopo numerosi accertamenti (che seppure negativi invece di tranquillizzare appaiono confermare la serietà di una malattia organica) può essere indirizzato a uno specialista psichiatra o psicologo.

Sono stati fatti numerosi studi sperimentali di psicobiologia e psicofisiologia alla ricerca dei meccanismi sottostanti alle manifestazioni sintomatologiche descritte: sono stati identificati sia i circuiti nervosi, sia i diversi organi bersaglio che vanno dalle ghiandole che producono ormoni (ACTH, LH, FSH, TSH) a quasi tutti gli organi splancnici (fegato, pancreas, stomaco, intestino tenue e crasso); in particolare si è visto che sono coinvolti nelle reazioni d'allarme il sistema neurovegetativo con coinvolgimento cardiocircolatorio, il sistema muscolare-scheletrico e neuroendocrino.

b) La diagnosi differenziale: l'ansia su base organica

Se accade frequentemente che attacchi d'ansia vengano scambiati per patologie organiche, accade talvolta anche il contrario, ossia che patologie organiche possano essere scambiate per patologie di tipo psichico.

Tra i più tipici disturbi organici che possono, ad una prima osservazione, simulare un quadro psichiatrico vi sono patologie endocrine quali l'ipertiroidismo, il feocromocitoma, le alterazioni del metabolismo glucidico e patologie cerebrali quali l'Alzheimer; vi sono infine stati d'ansia legati ad abuso di farmaci o di sostanze eccitanti. Il quadro si complica, infine, nel campo delle malattie cardiache: angina pectoris, aritmie cardiache, prolasso mitralico ed altre patologie più rare, da un lato provocano uno stato d'ansia e dall'altro sono scatenate e peggiorate dagli stati ansiosi. Anche nella terapia dei disturbi cardiaci organici, come per esempio in corso di infarto acuto del miocardio, quindi, la somministrazione di ansiolitici viene spesso utilizzata proprio per interrompere il circolo vizioso descritto.

c) Le patologie psicosomatiche

Sono malattie in cui ad uno scompenso emotivo cronico consegue un danno organico: le più note fra queste malattie sono l'ulcera gastrica, l'asma bronchiale, alcune forme di dermatite, l'ipertensione essenziale.

Sempre al capitolo delle patologie psicosomatiche appartengono altre malattie in cui vi è una alterazione funzionale senza danno organico: fra esse le più note e

frequenti sono la cefalea, l'insonnia e alcuni disturbi gastrointestinali (il cosiddetto "colon irritabile").

Vi sono inoltre motivi di consultazione del medico di medicina generale che sono prevalentemente influenzate da fattori psichici; fra queste ad esempio citiamo l'obesità da appetito eccessivo, l'anoressia mentale, ma anche le conseguenze ortopediche di una eccessiva tendenza agli incidenti: in tutte e tre queste patologie, anche se in modi diversi, il soggetto procura, in maniera inconscia, dei danni al proprio corpo, rivolge cioè contro se stesso la propria aggressività. Mentre per i disturbi dell'alimentazione la genesi psicologica è abbastanza facilmente accettata e compresa, più difficile risulta attribuire ad un avvenimento apparentemente casuale, come un incidente, un significato di tipo psicologico.

In realtà già all'inizio del secolo Freud aveva esposto diverse dimostrazioni di questo meccanismo.

Per cercare di comprendere il concetto di patologia psicosomatica vi sono almeno due tipi di approccio: quello più strettamente biologico che considera le manifestazioni somatiche concomitanti alle situazioni di alterazione emozionale, ad esempio gli effetti vasomotori e trofici; l'altro approccio è più di tipo psicologico e non vede la psicogenesi come strettamente causale, ma piuttosto come un fattore condizionale.

Seguendo la prima linea di analisi ogni situazione "stressante" risveglia l'attività dei centri ipotalamici con attivazione neurovegetativa: in casi di persistenti "minacce" contro l'organismo si può determinare un sovraccarico di funzioni, altrimenti fisiologiche, che esita in turbe funzionali e/o organiche degli organi periferici bersaglio.

La patologia psicosomatica sarebbe quindi l'espressione di una reazione vegetativa prolungata ad uno stress continuato.

La chiave di lettura psicodinamica, invece, non interpreta le malattie psicosomatiche in maniera così meccanica dal punto di vista patogenetico, ma si interessa allo studio dei meccanismi psicologici alla base della patologia.

In questa ottica si ritiene che quando una emozione mossa da una pulsione affettiva non può trovare, per diversi motivi (ad esempio di "accettabilità sociale") una via di realizzazione sotto forma di comportamento, viene resa non consapevole e "convertita" come quantità di energia che si scarica sulla sfera somatica sfociando in un sintomo corporeo che assume il significato della emozione primitiva: la corrente pulsionale rivolta verso l'esterno si porta quindi verso il proprio organismo.

Un discorso ancora più vasto e fino ad oggi non completamente chiarito riguarda la neuroimmunologia, ossia il collegamento fra stati mentali e funzioni difensive del corpo.

È piuttosto noto che è più facile ammalarsi in periodi di stress, come pure è noto che il corpo può indurre o accelerare un processo di guarigione da molte patologie mediante l'applicazione di "placebo", ossia di sostanze prive di qualsiasi effetto farmacologico ma alle quali è attribuito dal paziente un forte significato affettivo.

Eugenio Borgna afferma a questo riguardo che "... in ogni evoluzione di una malattia sono in gioco intrecci misteriosi fra il desiderio di vivere e la guarigione".

Alcuni degli effetti del placebo possono essere correlati agli effetti della riduzione della paura, delle risposte di lotta e, inversamente, l'ansia è una delle condizioni che predispongono i pazienti agli effetti placebo; in questi casi l'efficacia dei "farmaci" può quindi dipendere anche dalla convinzione del medico che li somministra (vedi voce Psicologia dei farmaci).

Ansia ed età, ansia e società

Molti studi sociologici ed antropologici hanno evidenziato come la società richieda un adeguamento a ritmi, obiettivi, rapporti e relazioni che stimolano la competizione e generano stress ed ansia.

Si può dire che quasi ad ogni età viene richiesta una "prestazione" o il rispetto di regole e rapporti gerarchici e che quasi ad ogni età si è sottoposti ad una misurazione di "adeguatezza" in relazione al rispetto di quelle regole e di quei rapporti.

In questo paragrafo vengono sottolineate le fonti "esterne" dell'ansia e le pressioni ambientali che la inducono. In tale analisi vengono collegati due aspetti: età e società, questo perché in ogni società sono previsti passaggi e cambi di ruolo legati all'età; da ogni età, inoltre, ci si aspetta un certo comportamento e l'assunzione di certe responsabilità.

Almeno sotto questo aspetto quindi una certa quota di stress ed ansia è sempre stata presente nella storia dell'uomo e in tutte le società: è importante distinguere, per quanto possibile, alcuni aspetti che sono connaturati nella definizione del ruolo sociale da altri invece che si sono artificialmente andati depositando.

a) il mondo dei bambini

I. Orbach scrive: "... nonostante una gran mole di ricerche, sussiste ancora la confortante fantasia che i bambini siano in qualche modo protetti dall'angoscia e dalla sofferenza estrema che gli adulti possono sperimentare...".

Spesso è proprio nell'infanzia che l'angoscia si manifesta: il 48% dei bambini tra i 6 e gli 8 anni e il 37% di quelli fra i 9 e i 12 anni soffrirebbero di numerose paure ed incertezze.

L'80% dei bambini che frequentano la scuola elementare, secondo Braconier, soffrono di angoscia, in gradi diversi; il 27% presenterebbe veri e propri

disturbi ansiosi.

Questa elevata percentuale di ansietà sarebbe la causa principale del fallimento scolastico, in grado maggiore di quanto non accada per i disturbi della vista e dell'udito e per questo, secondo l'autore, l'ansia richiederebbe al pari di queste patologie fisiche una diagnosi precoce ed un trattamento tempestivo che deve prioritariamente essere di tipo psicologico. Il mondo della scuola e dei coetanei ha una grande influenza su tutto lo sviluppo del bambino, in particolare sulla stima che ha di se stesso; cosa che si accentua quando da parte della famiglia vi sono forti pressioni in senso competitivo per il successo e la affermazione scolastica.

b) adolescenza, età di passaggio

Le manifestazioni ansiose in adolescenza sono legate alla ridefinizione dell'identità, alle modificazioni corporee ed allo sviluppo di nuove capacità e modalità di pensiero: una maturazione fisica, mentale e sociale che spinge a mettere in discussione se stessi e l'ambiente esterno con le sue regole ed abitudini. In particolare, nel corso della preadolescenza e dell'adolescenza emerge come centrale il problema dell'identità personale che si mantiene in termini di continuità storica della propria persona a fronte dei profondi e rapidi cambiamenti fisici, psicologici e relazionali.

Palmonari ha proposto una classificazione dei compiti di sviluppo riferita a quelli che sono stati considerati i fenomeni universali dell'adolescenza [si veda al riguardo la voce 'Adolescenza' anche per una trattazione più esaustiva di questa fase evolutiva].

Si verifica stress psicologico con manifestazioni ansiose quando la persona si rende conto che la situazione in cui si trova inserita le pone delle richieste che vanno al di là delle proprie forze, così da mettere in discussione il proprio benessere.

c) il mondo degli adulti

L'organizzazione sociale pone anche agli adulti compiti e scadenze che possono essere fonte di ansia quando vi è la percezione di non riuscire a rispettarli.

Esiste una pressione sociale fatta di aspettative ambientali ed interne che spinge l'individuo a seguire determinati tempi e determinate scadenze; questa pressione può ingenerare in alcuni ansia legata al futuro (preoccupazione di non riuscire a restare al passo con i tempi richiesti), ed in altri ansia per il senso di inadeguatezza nel caso non si sia riusciti a raggiungere le tappe previste:

30-40 anni – il progetto di vita

Viene definito un disegno di vita personale, una direzione verso cui tendere, è presente un senso del futuro fino al raggiungimento di una indipendenza all'inter-

no del proprio mondo. L'interesse per l'avanzamento e l'affermazione sociale sono caratteristiche di questa fase.

40-45 anni – transizione dell'età di mezzo

È il momento in cui la struttura di vita viene posta in discussione. Viene fatto un bilancio su cosa si è ottenuto nei diversi ambiti della propria vita e che su cosa si desidera. Si sente la necessità di trovare posto per quelle parti di sé che si sono più trascurate.

50-60 anni – età adulta

In questa nuova prospettiva il presente può essere elaborato in modo molto diverso ed il risultato può essere una rinnovata spinta a fare ed a creare, come una tendenza a rallentare ritmi e impegno sino, in taluni, a fermarsi nel rimpianto del passato. È in questo periodo che si colloca il confronto fra il “giovane” ed il “vecchio” dentro se stessi: occorre rinunciare ad alcune precedenti qualità giovanili, mentre altre si conservano e si trasformano. L'uomo inizia a considerare più concretamente l'idea dell'invecchiamento e della morte.

d) il mondo degli anziani

L'invecchiamento è un processo irreversibile, geneticamente determinato, caratterizzato dal declino delle funzioni vitali. Negli anni della vecchiaia l'attenzione viene spostata verso se stessi con un progressivo disinvestimento degli aspetti della propria vita condizionati dai ruoli, dalle aspettative e dalle interazioni sociali.

Sicuramente l'attuale cultura occidentale basata sull'efficientismo non lascia molto spazio agli anziani, tanto che si può parlare di genesi “sociopatica” per l'aumento tra gli anziani di forme di depressione e di suicidi. Ansia e depressione si riscontrano con una certa frequenza soprattutto nei centri urbani dove sono maggiori la solitudine e l'emarginazione.

La cessazione del lavoro può essere vissuta come frustrante perché può privare l'individuo di gratificazioni e scambi sociali.

La terapia dell'ansia

Come detto l'ansia è una condizione presente diffusamente nell'uomo; in quali occasioni, quindi, va considerata da un punto di vista terapeutico? Richiamandoci al concetto di continuità fra normalità e patologia, è nell'intensità dei diversi sintomi e, soprattutto, nello stato di sofferenza che essi provocano, che risiede il metro di giudizio sulla necessità o meno di cure.

L'ansia va quindi curata quando provoca sofferenza nel soggetto o quando è tale da interferire o addirittura impedire le normali attività quotidiane, rendendo difficoltosi lo svago, il lavoro, le relazioni con gli altri. In maniera schematica pos-

siamo suddividere le diverse forme di trattamento dell'ansia in trattamenti psicologici e trattamenti farmacologici che possono essere combinati fra loro.

I trattamenti psicologici si propongono di modificare le cause interne, profonde, che generano l'ansia attraverso il condizionamento di uno o più comportamenti, o mediante l'estinzione di uno o più sintomi (terapia del comportamento, ipnosi), oppure con una vera e propria ristrutturazione della personalità (psicoterapia psicoanalitica).

I trattamenti farmacologici, invece, muovendosi dal presupposto causale di uno squilibrio di alcuni neurotrasmettitori, si prefiggono l'aggiustamento di tale squilibrio mediante l'introduzione dall'esterno di particolari strutture chimiche portate dal farmaco.

Come detto in introduzione, il medico di medicina generale, oltre alla valutazione, potrebbe svolgere compiti terapeutici, anche con valore psicoterapico, che sono previsti nei modelli di stepped care come interventi psicoeducativi (si vedano gli esempi sopra-riportati), a partire in ogni caso da un ascolto attento del paziente, per poter poi proporgli una rilettura degli elementi della sua vita che possono indurre la situazione di ansia, fornendo infine indicazioni su come affrontarla.

Le indicazioni riportate in letteratura per il trattamento dell'ansia nelle cure primarie affermano che la psicoterapia si è dimostrata efficace quanto la terapia farmacologica e che i migliori risultati sono ottenuti da una combinazione delle due strategie terapeutiche.

Le Linee guida NICE prevedono che il primo trattamento da indicare sia quello psicoterapico e, solo se non vi sia una completa risposta, si ricorra alla terapia farmacologica.

Trattamento farmacologico

Le indicazioni delle Linee Guida NICE sono le seguenti: se una persona con disturbo d'ansia sceglie un trattamento farmacologico, va prescritto un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI). La sertralina è la prima scelta perché è il farmaco con il miglior rapporto costi-benefici. Va richiesto e documentato un consenso informato, vanno monitorate attentamente le reazioni avverse. Se la sertralina è inefficace, indicare un SSRI alternativo o un inibitore del reuptake della serotonina-noradrenalina (SNRI), tenendo conto dei seguenti fattori: tendenza a produrre una sindrome da astinenza (in particolare con paroxetina e venlafaxina), profilo degli effetti collaterali, potenziali interazioni tra farmaci, rischio di suicidio e probabilità di tossicità in caso di sovradosaggio. Non vanno prescritte benzodiazepine nelle cure primarie o secondarie se non come misura a breve termine durante le crisi. Non va prescritto un antipsicotico per il trattamento dei

disturbi d'ansia nelle cure primarie.

Attività fisica

Esistono studi che attestano che l'attività fisica potrebbe aiutare a ridurre l'ansia.

Tecniche di rilassamento

Le tecniche di rilassamento rappresentano l'applicazione pratica degli studi teorici di etologia; la loro efficacia consiste nel favorire nel soggetto una risposta psicofisiologica anti-stress in grado di controbilanciare la reazione d'ansia nei suoi aspetti psichici e somatici.

Il paziente viene cioè reso sempre più consapevole delle modificazioni fisiche che si realizzano in corso di stati d'ansia e viene aumentata la sua capacità di auto-controllo su alcune funzioni corporee, provocando così una risposta di contenimento dello stato di tensione, innanzitutto muscolare, a cui può conseguire una diminuzione dello stress psichico.

Psicoterapie

La terapia comportamentale si ripropone di fornire al paziente nuovi modelli di comportamento più adeguati alla realtà delle situazioni vissute.

Il trattamento degli attacchi di panico, ad esempio, si avvale delle tecniche di esposizione in vivo in cui il paziente è accompagnato, fisicamente o anche solo mentalmente, nei luoghi specifici delle sue paure così da poter acquisire le pratiche di autocontrollo indispensabili per affrontare anche nel futuro le situazioni ansio-gene in maniera autonoma.

Vi sono diversi tipi di psicoterapia, con orientamenti teorici e tecniche differenti; rimanendo nell'ambito psicodinamico, possiamo citare la psicoterapia supportiva o di sostegno il cui scopo fondamentale è il rafforzamento delle difese del soggetto al fine di rendere più efficace il controllo del conflitto inconscio riducendone le spinte che hanno portato alla comparsa dei sintomi affettivi e dei disturbi del comportamento.

La psicoanalisi, invece, non si pone tanto come obiettivo la scomparsa immediata dei sintomi attuali, quanto piuttosto il miglioramento del funzionamento psichico attraverso l'acquisizione di una maggiore consapevolezza intellettuale ed emotiva di sé, del proprio modo di essere e di reagire alle stimolazioni provenienti dal mondo interno e dalla realtà esterna. Questo grazie alla rivisitazione delle origini infantili dei conflitti che sono alla base sia delle caratteristiche di personalità che della sintomatologia.

Il sintomo (che è "un compromesso" fra esigenze pulsionali e difese) viene così compreso e contestualizzato nella storia del soggetto, il che porta frequentemente alla sua scomparsa.

Riferimenti bibliografici

- Balint M. (1957): *Medico paziente malattia*. Feltrinelli, Milano, 1961.
- Borgna E. (1997): *Le figure dell'ansia, Campi del sapere*. Feltrinelli, Milano.
- Borgna E. (2003): *Le intermittenze del cuore*. Feltrinelli, Milano.
- Braconnier A. (2003): *Piccoli o grandi ansiosi*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Bruce T.J., Saeed S.A. (1999): *Social anxiety disorder: a common, underrecognized mental disorder*. In "American Family Physician", 60, 8, 2311-20.
- Castelnuovo-Tedesco P. (1972): *L'ora di venti minuti. Guida alla psicoterapia per il medico pratico*. Boringhieri, Torino.
- Freud S. (1900): *Psicopatologia della vita quotidiana*. In "Opere. Vol. 4 (nuova serie di lezioni)". Boringhieri, Torino, 1990.
- Galli P.F. (1961): *Prefazione*. In Balint M. (1957): "Medico paziente malattia", Feltrinelli, Milano.
- Goldberg D., Goodyer I. (2005): *Origine e sviluppo dei disturbi mentali*. Centro Scientifico Editore, Torino, 2009.
- Kierkegaard S. (1844), *Briciole filosofiche. Ovvero un poco di filosofia*. Morcelliana, Brescia, 2012.
- Lyneham H.J., Abbott M.J., Wignall A., Rapee RM (2003): *The Cool Kids Program – Parent's workbook*. Macquarie University Anxiety Research Unit, Sydney.
- Merini A. (1993): *Euripilo e Patroclo. Saggio sulle attuali problematiche del rapporto del medico con il paziente*. CLUEB, Bologna.
- Metzler D.H., Mahoney D., Freedy J.R. (2016): *Anxiety Disorders in Primary Care*. In "Primary Care: Clinics in Office Practice", 43, 245-261.
- Nice Clinical Guideline, (CG113), *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management*, 26/1/2011
- NICE Clinical guideline, (CG159), *Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment*, 22/5/2013.
- Orbach I. (1988): *Bambini che non vogliono vivere*. Giunti, Firenze, 1991.
- Palmonari A. (1993): *Psicologia dell'adolescenza*. Il Mulino, Bologna.
- Winnicott D. (1975): *Dalla pediatria alla psicoanalisi*. Martinelli, Firenze, 1991.
- Zhang A., Park S., Sullivan J.E., Jing S. (2018): *The effectiveness of Problem-Solving Therapy for Primary Care Patients' Depressive and/or Anxiety disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis*. In "Journal of the American Board of Family Medicine", 31, 1, 139-150.

ASCOLTO

Daniela Bolelli

Chi sa ascoltare non soltanto è simpatico a tutti, ma dopo un po' finisce con l'imparare qualcosa.
Wilson Mizner

Dio ci ha dato due orecchie, ma soltanto una bocca, proprio per ascoltare il doppio e parlare la metà. Epitteto

Saper ascoltare significa possedere, oltre al proprio, il cervello degli altri. Leonardo da Vinci

Il medico a volte può fare a meno delle parole per capire la malattia e per curarla. Non soltanto il chirurgo o il traumatologo quando hanno a che fare con pazienti privi di coscienza, ma anche quando il medico si trova di fronte un'affezione della pelle o una violenta congiuntivite può fare a meno del racconto del paziente circa la sua sofferenza. Ma è evidente che un tale medico silenzioso e che non fa parlare potrebbe guarire la malattia, ma perderebbe il paziente.

Il medico deve sia saper parlare sia ascoltare, ma senz'altro prima ascoltare e poi parlare perché se si eccettuano brevi parole di saluto e accoglienza, quanto a importanza, viene per primo l'ascolto.

Gli obiettivi dell'ascolto del medico di medicina generale

Ascoltare equivale a disporsi ad udire con attenzione; è quindi qualcosa di più dell'atto fisiologico dell'udire implicando l'attenzione e anche il desiderio di comprendere ciò che viene udito. Esso può essere rivolto a qualsiasi suono della natura o prodotto dall'uomo come ad esempio la musica, ma ciò che ci interessa riguardo all'attività dei medici di medicina generale è l'ascolto della comunicazione che i pazienti rivolgono loro.

L'ascolto varia molto a seconda degli obiettivi che si propone chi ascolta.

L'ascolto del medico ha due obiettivi: 1) la conoscenza della malattia e 2) la conoscenza del malato.

La conoscenza della malattia comporta che, tra, e spesso prima delle altre pratiche, si ascoltino con attenzione tutte quelle informazioni che chi viene a visita vorrà dare e che vanno a completare l'indagine diagnostica mentre la conoscenza del malato comporta l'ascolto attento sia di come vive la malattia, quindi della risonanza emotiva ai sintomi, sia di quei particolari del contesto di vita nel quale la persona si muove con la sua malattia. Questo tipo di ascolto comprende anche l'ascolto/osservazione del linguaggio non verbale.

Rispetto al primo obiettivo possiamo notare che, abituati a quella che riteniamo una nostra oggettività scientifica, spesso non ci accorgiamo di selezionare nell'ascolto il materiale in entrata: man a mano che inseriamo i dati forniti dal paziente nella nostra personale griglia di conoscenze lasciamo cadere quello che riteniamo scarsamente importante rispetto alle ipotesi diagnostiche che via via formuliamo e cominciamo a fare domande conseguenti ad esse interrompendolo nel suo racconto. Le domande inducono l'interlocutore ad adeguarsi al tema proposto: nella comunicazione scatta immediatamente una sintonizzazione tra i due che si parlano e, per il reciproco influenzamento successivo, il paziente può essere indotto a escludere ciò che avrebbe voluto dire. È quindi importante che, all'inizio del colloquio, per poter realizzare il secondo obiettivo il medico non parta subito con un interrogatorio che indaghi la malattia, ma consapevole che intervenire il meno possibile risulterà molto vantaggioso per entrambi gli obiettivi che si propone, lasci libero il paziente di esporre a suo modo ciò che gli capita. È evidente che in quei casi nei quali quest'ultimo si dimostrerà estremamente dispersivo sarà necessario interromperlo e riportarlo sul tema apparso come prioritario nel suo discorso, ma anche questo atteggiamento dispersivo che può apparire come una perdita di tempo è un dato di conoscenza che può risultare indicativo rispetto allo stato mentale del paziente (ad esempio è molto spaventato) o in relazione a ciò che seguirà nel rapporto (ad esempio può essere un'informazione significativa rispetto alla compliance che dimostrerà quando avrà ricevuto la terapia). Quindi è opportuno non interrompere subito chi viene a consultarci con le nostre domande, ma formularle quando egli si ferma nella sua esposizione del problema. Ovviamente tenendo conto sia che l'eccessiva prolissità va frenata, sia anche che una troppa scarsa informazione deve indurre a incoraggiare il paziente a dire di più. *Perché è importante che tutto quello che viene suggerito in queste note sia letto come un orientamento al quale tendere e non come una regola assoluta da osservare. A differenza che nella pratica clinica, nella gestione della comunicazione non possono esserci protocolli, ma soltanto indirizzi e orientamenti.*

Per conoscere il paziente; il silenzio

Rispetto al secondo obiettivo del nostro ascolto cioè conoscere il paziente, dobbiamo ricordare che nella raccolta delle notizie anamnestiche è fondamentale raccogliere informazioni oltre che sui sintomi per i quali siamo stati consultati e sulle vicende di vita del paziente, anche sulla risonanza emozionale che accompagna la loro narrazione. Per potere raccogliere queste informazioni dobbiamo creare un'atmosfera adatta all'ascolto, un'atmosfera che trasmetta accoglienza e disponibilità all'interlocutore. Per ottenerla può essere utile passare attraverso un breve

parlare che ha lo scopo di far percepire l'atteggiamento accettante, disponibile. Questo breve parlare deve essere accompagnato anche da quelle misure della comunicazione non verbale che veicolano lo stesso messaggio: dalla giusta distanza, alla postura aperta e leggermente inclinata in avanti, al sorriso, allo sguardo che non sia né sfuggente, ma neanche piantato negli occhi altrui in quanto fissare con insistenza segnala un'intenzione aggressiva o quanto meno difensiva. Con queste premesse inizia l'ascolto vero e proprio che si avvale nel suo svolgimento soprattutto di un rispettoso silenzio. I proverbi elogiano il silenzio: "Il silenzio è d'oro", "Un bel tacere non fu mai scritto" intendendo magnificare le numerose qualità del silenzio nella comunicazione che sono reali; infatti esso è indispensabile per potere ascoltare davvero l'altro, ma è anche funzionale, ed è importante sottolinearlo, ad altri scopi come ad esempio a non esprimere impulsivamente l'aggressività verbale. Non deve sorprendere pensare che il medico debba confrontarsi con il problema di trattenere la propria aggressività perché è esperienza comune di quanto alcuni pazienti possano porsi in una maniera che suscita fastidio. Basti pensare all'arroganza di certe richieste! Ebbene tacere aiuta a prendere distanza da ciò che risulta sgradito nell'interlocutore, anche dalle offese. Per riuscire a non intervenire subito quando si è infastiditi può essere utile ripetersi mentalmente il nostro obiettivo che in questo caso è quello di conoscere meglio chi abbiamo davanti... Per farlo, come già accennato, è necessaria anche un'attenta osservazione del linguaggio non verbale, corporeo, che sempre accompagna le parole delle persone. Questa modalità comunicativa, che è fuori dalla consapevolezza di ognuno, è più carica di affetti di quanto non lo sia il linguaggio verbale. Essa aggiunge informazioni preziose a quanto ci viene comunicato con le parole, anche, talvolta, perché le disconferma.

Ovviamente dobbiamo essere consapevoli che ciò che abbiamo appena detto vale anche per noi: anche noi comunichiamo molte informazioni sulla nostra persona con il nostro atteggiamento sia mimico, sia posturale per cui è necessario prestare attenzione anche al nostro modo di porci in relazione al di là di ciò che diciamo. Ad esempio è fondamentale che non ci occupiamo di altro durante l'ascolto perché un'occhiata al PC o al cellulare, ordinare i fogli sulla scrivania, scarabocchiare ecc. comunicano che non siamo lì unicamente per ascoltare la persona che ci ha consultati suscitando sentimenti di ricevere scarsa attenzione se non di essere proprio trascurati.

Al contrario dare l'impressione che il paziente ha tutta la nostra attenzione lo rassicura e, poiché siamo silenziosi, è utile per confermare questa impressione che formuliamo piccoli commenti interlocutori del tipo "già", anche un semplice "mm", o che trasmettano che stiamo seguendo puntualmente quanto comunicato come avviene esprimendo un "certo" partecipativo, o riassumendo ciò che ci è

stato detto senza introdurre osservazioni che modifichino e soprattutto che correggano ciò che viene esplicitato.

Anche di fronte a palesi contraddizioni nel resoconto che ci viene offerto è utile mantenere un atteggiamento di ascolto nel senso che non è utile sottolinearle immediatamente facendole notare per la loro qualità intrinseca di affermazioni che esplicitano significati opposti, come se fosse necessario far decidere rapidamente il paziente a favore dell'uno piuttosto che dell'altro. Più opportuno è rilevarle per aiutare chi ce le presenta a capire che entrambi i significati possono essere accolti perché è verosimile che, se li ha espressi entrambi, vuol dire che tutti e due hanno un grosso peso per lui. Quanto all'atteggiamento, più raro, di chi in preda a eccitazione eccede nel parlare, quasi "dovesse rovesciarci" addosso tutta la sua vita, è evidente che ci troveremo a un certo punto nella necessità di interrompere. Il modo migliore per farlo, nel rispetto di chi sta confidando tanto di sé, è quello di riassumere quello che è stato detto cogliendo ciò che ci è parso più significativo sottolineando che capiamo quanto gli eventi di vita possono aver influenzato lo stato di salute, ma che è utile concentrarsi su ciò che è possibile fare adesso in relazione ai sintomi attuali. Espressioni di accettazione e comprensione di questo tipo possono facilitare il medico a ottimizzare il tempo e rendere più accettabile al paziente l'essere interrotto per passare alla esplorazione del corpo.

Il parlare durante l'ascolto iniziale

Ciò che pensiamo di quanto ci viene detto durante l'esposizione del paziente è bene tenerlo per noi: esprimerlo può determinare la sfiducia e l'arresto dell'interlocutore. Ci può aiutare a tacere la consapevolezza che il nostro giudizio non serve: la corretta posizione di ascolto è quella di capire cosa l'altro vuol dire; ciò che noi pensiamo di quanto ci dice non può dargli molto aiuto ed ha il difetto di essere generalmente un parere precipitoso giacché, per entrare nel cuore di un problema, ci vuole sempre molto tempo. Le domande che ci vengono rivolte possono essere dettate da un bisogno di rassicurazione che verrà comunque soddisfatto dalla nostra attenzione e dall'aiuto che diamo per esplorare le difficoltà che ci vengono presentate. D'altra parte una risposta precipitosa può essere dettata dalla sofferenza che il discorso dell'altro ci suscita e che cerchiamo di limitare diventando attivi (commentando o interrogando) invece di patirla in silenzio, senza pensare che, in tal modo, impediamo all'altro di esplicitarla in maniera completa.

Da parte nostra le domande che ci sorgono devono essere mirate alla comprensione e non dettate da nostre personali curiosità: devono servire per *capire* e non per *sapere*, nel senso che devono essere formulate nell'interesse dell'interlocutore, per rispondere al bisogno di chiarire circostanze, stati d'animo e qualsiasi altro

elemento che ci aiuti a comprendere meglio ciò che può aver favorito, se non determinato, lo stato di malattia. È opportuno che le domande siano per lo più quelle che vengono dette domande aperte, cioè che richiedono risposte articolate che spieghino l'avvenimento e non siano liquidabili con un sì o un no come accade per le domande chiuse. Ad esempio una domanda chiusa è: "è stato peggio la mattina?" alla quale non si può che rispondere affermativamente o negativamente, mentre con una domanda aperta viene chiesto: "come ha passato la giornata?" che costringe a una risposta che induce a entrare nel dettaglio. Le domande chiuse sono particolarmente indicate nell'indagine relativa ai sintomi, mentre quelle aperte lo sono per conoscere meglio le persone che abbiamo di fronte.

È importante che le domande che facciamo siano soltanto tese a chiarificazioni di quanto viene raccontato. In merito alle domande che facciamo è poi importante fare attenzione al fatto che il bisogno di formulare interrogativi che riguardano altri ambiti di vita anche importanti può essere funzionale al nostro desiderio di cambiare discorso quando ciò che viene ascoltato è particolarmente doloroso piuttosto che a raccogliere altre indispensabili informazioni. Può essere utile per evitare questi atteggiamenti chiedersi quando ci viene il desiderio di fare una domanda: "perché proprio in questo momento?".

Abbiamo detto che è molto importante per conoscere la persona che, nell'ascolto, si presti attenzione alle emozioni che vengono raccontate e che vengono mostrate attraverso la mimica, la gestualità e tutti quei segnali comunicativi che non riguardano l'espressione verbale; per poterlo effettuare è necessario che la nostra concezione del mondo rimanga sullo sfondo così come i nostri bisogni individuali. Tutto questo è assai difficile perché tutti noi abbiamo una nostra personale visione del mondo e adottiamo particolari valori ai quali ispiriamo le scelte di vita.

Un ascolto in assenza di giudizio

Dobbiamo essere consapevoli che molti, molti, pregiudizi fanno parte della nostra personale concezione della vita e dei rapporti umani. Tutto questo ci induce a una lettura "di parte" delle situazioni che ci vengono raccontate ed ostacola la conoscenza in quanto avere già in mente una spiegazione inibisce la curiosità e impedisce nuovi inquadramenti dei problemi che ci troviamo ad affrontare. Certamente è impossibile una posizione di neutralità, eppure una sospensione del giudizio è fondamentale per ascoltare davvero le ragioni dell'altro ed evitare atteggiamenti critici che ostacolano la relazione, ma questa posizione è difficile da tenere anche perché spesso il paziente ci chiede esplicitamente un parere. Quando siamo sollecitati fortemente a dire il nostro parere la cosa migliore è cercare di riassumere la posizione di chi ci parla: "mi pare che lei sia del parere...", "che per lei questo ha avuto il senso di...".

Poiché l'atteggiamento pregiudiziale scatta, come dice la parola stessa, prima della riflessione, in genere è fuori della nostra capacità di rendercene conto e, per poterlo mettere in discussione dobbiamo essere aiutati dall'esterno. Per sviluppare un atteggiamento diverso da quello abituale che è inevitabilmente giudicante, ma il più delle volte fondato su pregiudizi, dobbiamo passare per una formazione personale, ma è possibile avvicinarsi a questa modalità di ascolto non giudicante e protesa all'altro perché mette il più possibile tra parentesi la propria personale visione del mondo, attraverso un aperto confronto con il gruppo dei colleghi. Infatti nel gruppo forzatamente non c'è mai unanimità di pareri e neppure di pregiudizi. Il gruppo per la sua stessa natura offre ai suoi membri la possibilità di allargare la propria prospettiva in quanto è luogo di raccolta delle differenze. Pertanto è estremamente utile fare degli aggiornamenti che, oltre alle tematiche cliniche, siano centrati sulle modalità di approcciare le persone che presentano problematiche esistenziali alle quali ciascuno di noi trova risposte diverse per superare posizioni pedagogiche pregiudiziali di poco aiuto per il paziente. Pensiamo ad esempio alle tematiche riguardanti la sessualità, le trasformazioni corporee, i legami intrafamiliari, scelte etiche e così via; tutte situazioni nelle quali consigli formulati con piglio direttivo possono soltanto alienarci il paziente in quanto determinano sentimenti di colpa o impongono prescrizioni di comportamento che egli non sarà in grado di mettere in atto. Questo non vuol dire che la relazione deve essere basata su un'impossibile parità, ma che il fatto che il medico abbia un'indiscussa autorità per quanto riguarda la conoscenza e la cura delle malattie non lo autorizza a trasmettere i suoi convincimenti come verità né a decidere per l'altro. In quest'ultimo caso dobbiamo segnalare le situazioni nelle quali vi è una delega specifica come nel caso di quella data dai genitori per le terapie dei bambini o quella data da certi pazienti anziani che si affidano dicendo esplicitamente: "Mi dica cosa c'è da fare, non so decidere e lei sa cosa è meglio per me".

La comunicazione al telefono

Il telefono era pensato per la comunicazione all'ingrosso e al mezzo grosso, di sicuro non per il dettaglio. F. Vergas

Al telefono si comunica

Quei dispositivi tecnologici e strumentali che caratterizzano i sistemi sociali nei quali viviamo fanno parte della comunicazione ed è necessario conoscerne le caratteristiche per poterli sfruttare al meglio nella professione. Il primo fra tutti è il telefono, sia fisso, sia mobile.

Prima di parlare della comunicazione telefonica è utile ricordare alcune carat-

teristiche generali della comunicazione che sono valide anche nell'uso di questo strumento. Esse sono indispensabili per capire meglio cosa succede quando siamo al telefono. La prima è che anche il silenzio veicola una comunicazione giacché nessuno può esimersi dal comunicare in quanto, se non la produce, quanto meno partecipa alla comunicazione.

La seconda è che la comunicazione consta di tre componenti e cioè di elementi linguistici (o verbali), di elementi paralinguistici (o paraverbali) che sono il tono, le pause e l'avvicendamento di turno nel parlare, e una terza componente che è quella cosiddetta non verbale, veicolata dal corpo quindi dalla mimica, dalla gestualità e dalla distanza che interponiamo tra noi e l'interlocutore. Abbiamo già sottolineato che tutte le comunicazioni che passano attraverso il corpo sono più cariche di affetti e il soggetto ne è meno consapevole. È importante ricordare queste caratteristiche generali perché, come vedremo meglio dopo, in certe modalità comunicative che avvengono a distanza, come quelle rese possibili attraverso strumenti, esse assumono aspetti diversi. Ad esempio nel caso del telefono, essendo assente la componente non verbale, la comunicazione risulta meno capace di trasmettere gli affetti. Inoltre, poiché manca la possibilità di integrare il messaggio linguistico con quello non verbale, gli effetti del paraverbale sulla comunicazione vengono amplificati e l'effetto comunicativo del silenzio risulta potenziato. Il silenzio assume maggiore importanza rispetto a quando ci si vede anche perché diventa il regolatore della presa di turno al posto dello sguardo nel processo comunicativo.

Terza, ma non ultima considerazione riguarda i due fondamentali apporti alla teoria della comunicazione da parte della teoria sistemico relazionale e della psicoanalisi che ci aiutano a fare attenzione a ciò che comunichiamo e a capire ciò che ci viene comunicato. Il primo riguarda il principio dell'influenzamento reciproco durante la relazione e sottolinea che ciò che viene comunicato produce una reazione nel ricevente che a sua volta influenzerà chi ha emesso la comunicazione in un rapporto circolare continuo. Il secondo spiega che a volte si comunica qualcosa per dire altro, sia perché non riusciamo ad esprimerlo, sia perché di esso non siamo consapevoli.

Peculiarità della comunicazione telefonica

La comunicazione telefonica ha sue caratteristiche peculiari che devono essere conosciute se si desidera utilizzare questo strumento professionalmente. È evidente che non è obbligatorio dare il numero di telefono ai pazienti. È quindi necessario interrogarsi sul perché si fa o non si fa questa scelta. È altrettanto evidente che farla dà al paziente maggior potere in una relazione sempre asimmetrica e che, proprio perché asimmetrica, può illudere il medico di poterla controllare. Quindi è sempre opportuno riflettere bene prima di farla in modo da sapere perché la si fa

e se si decide per il sì, conoscerne le sue conseguenze. Quanto alle motivazioni possono rimandare, oltre che a scelte relative al tipo di concezione che si ha del ruolo professionale, anche a problematiche personali. Basti fare due esempi: una particolare ansia nella prescrizione di nuovi farmaci che porta a desiderare di essere informati in tempo reale sugli effetti o la necessità personale di apparire particolarmente accudente. Dal bisogno di controllo al desiderio di mostrarsi disponibile, molti sono i motivi di ordine personale che inducono a questa scelta e dobbiamo conoscerli. È evidente però anche che, per farla, è utile saperne i pregi e i difetti ragione per la quale è indispensabile essere a conoscenza delle caratteristiche dello strumento che decidiamo di utilizzare come mezzo di comunicazione. Infatti il telefono diventa una modalità particolare di raccogliere il racconto del paziente, non è uno strumento neutro e può avvicinare o allontanare la persona malata a seconda di come lo si usa. Pertanto può succedere che il medico dia disponibilità telefonica con l'intenzione di migliorare il rapporto con il suo paziente, ma non conoscendone il buon uso ottenga soltanto di aumentarne la frustrazione e di allontanarlo come vedremo in seguito.

Se si sceglie di dare il proprio numero di telefono al paziente è importante essere consapevoli che il suo uso nella relazione di cura richiede una specifica abilità che va sviluppata e per farlo bisogna conoscere per prima cosa le caratteristiche di questo strumento che descriviamo qui sotto.

- Poiché il telefono veicola una comunicazione verbale nella quale i due interlocutori condividono il tempo, ma non lo spazio e il contesto, dobbiamo sapere che questi ultimi sono lasciati all'immaginazione dei due che comunicano che, a volte, possono fare fantasie anche difficili da tollerare come nel caso in cui un improvviso calo del tono della voce possa far sospettare che qualcun altro, oltre all'interlocutore, possa essere in ascolto.

- L'aspetto sensoriale della comunicazione è limitato alla voce e quindi, come già accennato, mancano tutte quelle conferme che derivano dal linguaggio non verbale con varie conseguenze. Intanto che è più facile che vi siano fraintendimenti, ma anche che chi parla al telefono può sentirsi meno inibito e maggiormente spinto ad esprimere ciò che vuole. Però la mancanza di informazioni visive sull'interlocutore, può avere non solo un effetto disinibente, ma anche ridurre il senso di intimità e di coinvolgimento creando forti sensazioni di imbarazzo.

- La comunicazione telefonica ha un duplice effetto, di avvicinamento e di allontanamento, e dobbiamo tenere conto delle conseguenze di questo. Infatti a volte si sceglie di telefonare proprio per questa caratteristica in quanto a causa di essa sono possibili confidenze che alcuni non possono accettare di fare di faccia, ma che invece possono fare a partire dall'immaginazione. In effetti non vedere

l'interlocutore consente di sentirsi nascosti, al riparo dallo sguardo riducendo il sentimento di vergogna, e di potere immaginare l'altro come vogliamo, ad esempio come una madre/padre accettante. Però il fatto di non essere visti può anche illudere di non essere completamente nella relazione, riducendo il coinvolgimento. Avere l'intermediazione di uno strumento così ambiguo che può avvicinare e allontanare favorisce l'ambivalenza, cioè la compresenza di opposti sentimenti, e la possibilità di ritrarsi in qualsiasi momento e questa caratteristica può essere usata in senso difensivo, sia da chi chiama, sia da chi riceve.

- Un'altra ambigua caratteristica della comunicazione telefonica è quella di veicolare non soltanto la presenza, ma anche l'assenza giacché si può non rispondere là dove vi è invece una forte aspettativa di presenza. È da notare che questa aspettativa è maggiore nell'uso del cellulare che in quello del telefono fisso perché, essendo il cellulare vissuto come un prolungamento della persona, si tollera molto meno una non risposta che viene maggiormente giustificata nel caso del telefono fisso in quanto ad esempio si può fantasticare che il "dottore" sia fuori, magari a espletare una visita domiciliare.

Questa caratteristica del telefono di veicolare anche l'assenza deve essere tenuta in conto perché può essere che, impegnati in un'altra attività, proviamo un forte desiderio di non rispondere.

- Dobbiamo anche sapere che il silenzio al telefono diventa molto più pesante che non durante un colloquio faccia a faccia che può giovare dei segnali non verbali per rassicurare sulla presenza e sull'attenzione. Il silenzio durante la telefonata si presta a fantasie in cui l'interlocutore silenzioso diventa una figura negativa che punisce e/o perseguita. Per lo stesso motivo anche il *no* detto al telefono suona più duro che non detto in presenza.

- Rispetto all'influenzamento reciproco che sempre avviene nella comunicazione, dobbiamo notare che esso è particolarmente forte nella comunicazione telefonica dove pause troppo lunghe di colui che in quel momento è nella posizione di ricevente possono essere interpretate in maniera negativa da tutt'e due le parti.

- Quanto al comunicare qualcosa per dire altro è un'operazione assai frequente: si telefona formalmente per avere un'informazione, ma in realtà si può avere tutt'altro bisogno. Ad esempio di non sentirsi soli o di conoscere quale risposta evoca nell'interlocutore ciò che è capitato in modo da verificare quanto si è accettati; a volte il bisogno è soltanto quello di lamentarsi e in questo modo scaricare la tensione o la rabbia. Questo aspetto è particolarmente importante; infatti possiamo distinguere la funzione di rispondere al telefono a seconda degli obiettivi in due grandi categorie che sono, una quella che è mirata a ricevere informazioni e l'altra quella che ha lo scopo di rivolgersi a una persona che rappresenta un punto

di riferimento rassicurante che offre comunque un aiuto, anche di sostegno psicologico. In questo caso è la telefonata stessa a configurarsi come prima misura di intervento.

- La comunicazione telefonica ha, tra le altre, la caratteristica di avere un'accessibilità potenzialmente illimitata e può per questa sua peculiarità stimolare l'avidità.

Suggerimenti operativi

Da queste caratteristiche discendono molte misure pratiche: prima fra tutte che è importante per chi dà disponibilità telefonica darla in tempi precisi scelti perché meno fastidiosi per lui; lasciare la libertà al paziente di chiamarci in qualsiasi momento può farci trovare in situazioni particolarmente sgradevoli perché la chiamata può arrivare in momenti delicati della nostra vita privata e, se non rispondiamo, può esporci a rabbie e ritorsioni per la mancata risposta. Nel comunicare l'orario nel quale si può essere più facilmente disponibili per ricevere le possibili comunicazioni si può far notare di usare il telefono soltanto in caso di urgenza, ma una volta scelto è necessario dimostrarci disponibili e non possiamo sorprenderci e dimostrare che la telefonata ci infastidisce. Abbiamo già detto che il cellulare alimenta di per sé fantasie di raggiungibilità ovunque e quindi espone a vissuti idealizzanti o persecutori, mentre è più accettata la non risposta al telefono fisso che introduce un elemento realistico di non raggiungibilità che manca del tutto al cellulare. È quindi più vantaggioso, se la telefonata ci disturba, rispondere comunque, magari brevemente o soltanto per rimandare il colloquio telefonico a un momento di maggiore nostra disponibilità. Quest'atteggiamento è più vantaggioso non soltanto perché nello stabilire l'orario nel quale telefonare abbiamo contratto un patto e non rispettarlo può essere vissuto anche molto male come tradimento o abbandono, ma anche perché l'assenza in sé è foriera di ansia.

Successivamente, una volta fornito al paziente un orario preferenziale per telefonare, è opportuno quantificare, anche se non in maniera rigida, i tempi della telefonata.

È utile farlo in apertura specificando il tempo disponibile con frasi del tipo: "mi dica: abbiamo qualche minuto per parlarci...". Ricordiamoci che se il medico pensa che la telefonata sarà lunga facilmente può reagire ad essa in modo da allungarla in conformità con il principio della profezia che si autoavvera.

Quanto alla principale caratteristica del telefono di essere una comunicazione fondata principalmente sulla parola e sul paraverbale è necessario avere alcune informazioni sull'importanza di questi due fondamentali elementi della comunicazione per poter riflettere su come usarli.

Il telefono e la voce

Il telefono ha rivoluzionato le dinamiche sociocomunicative perché l'altro di-

venta una presenza simboleggiata dalla voce. Questo è molto importante perché la voce, essendo il primo elemento comunicativo già attivo durante la vita intrauterina in quanto il feto interagisce con essa (sappiamo per certo che reagisce alla voce materna aumentando la motilità), diventa simbolo e sostituto della presenza materna. Quindi la voce ha una forte valenza relazionale perché veicola, oltre a informazioni, anche messaggi affettivi. Avendo uno statuto più antico rispetto alla parola ha una forza evocativa potente: essa è corpo, anche corpo della parola essendone l'aspetto materico. Mentre la parola risponde a regole fisse ed è più controllabile, il suono della voce sarebbe più vicino al desiderio tanto che è stato sottolineato che la voce parla prima del linguaggio. Del resto è esperienza comune che se il tono è in contrasto con il senso della comunicazione parlata diamo più credito al tono sentendolo come più vicino alla verità del soggetto. La voce può tradire e rivelare, più difficilmente della parola può mentire. Nello sviluppo si passa dalla melodia della voce della figura accudente che culla e veicola messaggi affettivi, a quella della parola che introduce alle regole e agli obblighi sociali e fa passare il bambino da una lingua privata che usa con le figure accudenti a quella pubblica che lo metterà in contatto con tutti gli altri inserendolo nel mondo.

È quindi fondamentale che il medico sia consapevole che molta dell'efficacia del suo intervento telefonico dipenderà da un buon controllo della sua voce e degli elementi paraverbali (come le pause, l'intonazione e il cambio di tono, il rispetto della turnazione, le inflessioni evocative nel suo parlare) sicuramente non meno che dai contenuti trasmessi.

Come organizzarsi nei quattro tempi della telefonata

Possiamo suddividere la comunicazione telefonica in quattro tempi: l'apertura, la comprensione dell'esigenza, il soddisfacimento di essa e la chiusura. Nell'apertura l'elemento principale è l'accoglienza che passa attraverso formule rituali che richiamano il desiderio di aiutare e non possono essere sbrigate da un "pronto che c'è?", ma soprattutto si giova di quella particolare attenzione al tono della voce della quale abbiamo detto e che il medico deve avere perché fondamentale nel determinare il clima dell'intera comunicazione. Ecco perché è così importante decidere qual è il momento più opportuno per noi per ricevere le telefonate dei pazienti. Sapere che in quel lasso di tempo è possibile che arrivino chiamate aiuta a formulare la risposta con un tono che trasmetta disponibilità e non essere subito traditi dalla voce che facilmente denuncia se la telefonata ci infastidisce.

La comprensione si avvale dell'ascolto che, come già detto, è fatto innanzitutto di silenzio durante il quale però è molto più necessario che nelle comunicazioni di faccia, segnalare la presenza con quei piccoli interventi sonori che non ha importanza siano parole formate, ma che trasmettono che c'è presenza e attenzione.

L'attenzione deve essere volta alla domanda implicita oltre che a quella esplicita. Nel rispondere due sono i punti ai quali prestare attenzione: è importante non rassicurare precocemente in quanto farlo può essere interpretato come desiderio di sbarazzarsi dell'interlocutore. Inoltre la rassicurazione che eventualmente diamo non deve suonare come una minimizzazione del problema che dà sempre al ricevente una sensazione di svalutazione.

Per soddisfare l'esigenza informativa che muove la telefonata in breve tempo è opportuno cominciare con il riassumere con parole diverse ciò che l'interlocutore ha detto prima di dargli le risposte richieste. Questa procedura dà il senso che il problema è stato inquadrato con attenzione e riduce la durata della telefonata perché evita le ripetizioni da parte del paziente.

L'indagine sul malessere che ha spinto a telefonare può essere effettuata con un'alternanza di domande chiuse e aperte: chiuse per circoscrivere il problema e aperte per dare sensazione di accoglienza. Ad esempio possiamo chiedere al paziente come si è sentito con la nuova terapia e se risponde che ha avuto sonnolenza possiamo aggiungere una domanda chiusa del tipo: "ha avuto nausea" dopo aver ripetuto la sua comunicazione cosicché si può dire: "si è sentito sonnolento, ha forse avuto anche nausea?" dandogli la netta impressione che lo abbiamo ascoltato. Dare riscontro di aver ricevuto la comunicazione sulla sonnolenza trasmette al paziente l'impressione che ciò che dice è sempre importante, mentre trascurare di farlo, formulando unicamente la domanda che ci interessa, può lasciarlo con l'impressione che quanto ha detto era poco importante o addirittura di non essere stato ascoltato.

È anche indispensabile chiedersi il perché di ogni telefonata valutando bene se, al di là di un contenuto molto realistico rappresentato da un quesito significativo, c'è a monte uno stato di ansia o di paura. Per capirlo sarà innanzitutto molto utile un'attenzione alle modalità espressive del paziente, in particolare al tono di voce, ma è anche indispensabile che evitiamo di uscircene con una rassicurazione precipitosa che di rado è veramente rassicurante e, oltretutto, lascia il paziente con la sensazione che la fretteolosità nella risposta sia mossa dall'intenzione di sbarazzarsi di lui.

È importante che il nostro desiderio di fare in fretta non ci induca mai a fare commenti che svalutano il problema o lo banalizzano perché, oltre a suscitare risentimento nel paziente, rischiano di farci perdere più tempo perché possono provocare in lui il bisogno di dettagliare e continuare con altre domande. È molto importante evitare i giudizi su di lui, anche i più banali del tipo "sappiamo che è ansioso". Essi sono assolutamente da escludere perché non mitigati dalla mimica sorridente in quanto manca la possibilità di vedersi e quindi possono essere presi

molto male. Anche una risposta ironica, tesa a sdrammatizzare, al telefono non ottiene l'effetto che avrebbe di faccia proprio perché la mancanza delle comunicazioni non verbali può farla percepire in maniera persecutoria come derisoria.

È da notare che, allo scopo di non dilatare il tempo complessivo della telefonata, a volte può essere utile spendere qualche secondo di più negli interventi che dimostrano l'accoglienza della persona e la comprensione di ciò che viene comunicato.

I contenuti delle risposte devono essere formulati con chiarezza, precisione e sinteticità e la risposta può essere conclusa con l'affermazione che sarà possibile approfondire ulteriormente o valutare i risultati della prescrizione formulata telefonicamente in ambulatorio formulando un appuntamento.

La chiusura della telefonata è un momento delicato da non compiere bruscamente perché si tratta pur sempre di una separazione.

Aiuta ricapitolare internamente se chi ha telefonato ha capito la nostra risposta, se ci sembra sia, se non soddisfatto almeno più disteso, e se ci sembra in grado di chiudere la comunicazione. Questi interrogativi possono concretizzarsi in interventi che coinvolgono chi ha chiamato, ad esempio invitando a ricapitolare insieme quanto detto, annunciando che chiuderemo la telefonata e che l'argomento potrà essere ripreso in ambulatorio. Questa modalità ha il duplice scopo di preparare il paziente particolarmente ansioso alla fine della comunicazione e lo aiuta ad accettare la separazione e l'attesa, costruendo una sorta di ponte che rende concreto e più vicino, in quanto lo evoca, l'incontro successivo.

Se si ritiene necessario parlare ancora e richiedere ulteriori informazioni è importante non dare l'impressione che sia perché siamo spaventati, ma che viene fatto perché siamo interessati.

Può succedere che durante la conversazione telefonica l'interlocutore esprima ostilità o addirittura rabbia. È importante non reagire. Aiuta a non reagire la considerazione che spesso la rabbia è in sostituzione della paura e che non è diretta personalmente a noi. È invece necessario cercare di capire l'origine della rabbia e comunicare l'ipotesi su ciò che la può aver scatenata: "si è arrabbiato perché pensava di avere subito un miglioramento dei sintomi..." o "perché ha avuto l'impressione che non fosse stato capito quanto era forte il suo disturbo..." e così via. Se non riusciamo a formulare ipotesi sull'origine della rabbia possiamo empatizzare con essa nel senso che, riconoscendola e nominandola, la possiamo giustificare con frasi del tipo: "si sente molto arrabbiato, del resto in una situazione così chi non lo sarebbe...".

BURNOUT IN MEDICINA

Mario Fulcheri, Chiara Patierno, Danilo Carrozzino

Tieni in pugno il tuo lavoro o sarà lui a tenere in pugno te. Benjamin Franklin

Voglio l'uomo padrone di sé perché possa diventare meglio il servitore degli altri. Alexandre Vinet

Per comprendere appieno il significato clinico e le complesse, nel senso di multidimensionali, articolazioni del burnout è necessario partire dal concetto di stress. La parola stress deriva dal latino “*strictus*” (stretto, serrato, compresso) e viene impiegata con almeno tre accezioni diverse:

per indicare la situazione o stimolo stressante (dimensione nomotetica, che si riferisce alla regola);

per fare riferimento alla percezione soggettiva dell'evento stressante (dimensione idiografica, che riguarda la descrizione del singolo);

per riferirsi alla risposta che l'organismo dà a una determinata situazione stressante a livello biologico;

In Medicina, il termine stress indica la risposta funzionale con cui l'organismo reagisce a una stimolazione, attivando una serie di risposte a livello psico-neuro-endocrino-immunologico. Tale risposta può determinare una situazione di “*eustress*” o una di “*distress*”. Nella condizione di stress positivo o eustress, la reazione neuroendocrina e psichica del soggetto risulterebbe armoniosa, adeguata ed efficace. Lo stress acquisirebbe, invece, connotazioni negative, vale a dire di distress, soprattutto nelle seguenti due condizioni:

1) quando la sollecitazione da parte dell'ambiente esterno è troppo povera e fa sperimentare noia, monotonia, inibendo le normali esigenze di attivazione dell'individuo;

2) quando la sollecitazione eccede, vale a dire va oltre le normali capacità di risposta dell'individuo, comportando una sovrastimolazione che determina uno stato di scompenso a livello psicobiologico.

Una peculiare declinazione patologica dello stress è quella che interessa tutti coloro i quali svolgono una professione sanitaria, in particolare il medico di medicina generale. Il “*curare*” e soprattutto il “*prendersi cura*” di una persona che versa in uno stato di *sofferenza, malessere, crisi e disabilità* comporta delle quote di stress nel medico di medicina generale, spesso misconosciute e sottovalutate. Ogni

incontro tra medico e paziente si connota infatti quasi sempre come carico di aspettative, ansie, preoccupazioni ed emozioni varie, ma è soprattutto il medico di medicina generale a dover fare ricorso a cospicue risorse personali per gestire con efficacia la relazione con il proprio paziente. Infatti è il curante che è sottoposto a un maggior coinvolgimento non potendo evitare il contatto continuo con la persona malata, a differenza di altre figure medico-specialistiche (come ad es. il radiologo o il chirurgo) dove purtroppo si assiste ad una modalità relazionale più incentrata sulla malattia, piuttosto che sulla specifica componente organica (cuore, pancreas, etc.). Accade quindi con maggior frequenza che quando il carico di lavoro eccede la soglia di tollerabilità individuale e il medico non dispone di adeguato supporto e/o supervisione, le risorse possano esaurirsi e si sviluppi la cosiddetta sindrome del burnout. Il termine “*burnout*” fu usato per la prima volta negli anni Trenta per indicare un atleta che dopo tanti successi rischia di “*bruciarsi*”, ovvero di consumare/esaurire le proprie risorse. Secondo quelli che sono stati i più eminenti studiosi ad analizzare questa sindrome, in particolare Christina Maslach nel 1980, tale condizione clinica sarebbe caratterizzata dalla seguente triade sintomatologica:

1) iniziale **fase dell'esaurimento emotivo**, caratterizzata dalla comparsa di una serie di “campanelli di allarme” di natura sia fisica (improvvisi tachicardie, tensioni muscolari, rigidità articolari, digestione difficoltosa, nausea, insonnia, peggioramento quali-quantitativo del sonno, stanchezza inspiegabile con cali di energia durante la giornata, pressione sistolica e/o diastolica anomala, frequenti emicranie, predisposizione a influenze – raffreddori, allergie, improvvise sudorazioni e una serie di altri sintomi somatici), sia psicologica (concentrazione e attenzione ridotte, scarsa memoria, nervosismo e irritabilità, stato ansioso e apprensivo costante, crisi depressive, pessimismo, sensazione di malessere, vissuti di demoralizzazione, etc.), sia comportamentale (comportamento evitante, comportamenti compulsivi come il fare acquisti, il giocare d'azzardo – il fare uso di sostanze, la scarsa cura personale, fare tardi al lavoro, i disturbi del comportamento alimentare, etc.);

2) successiva **fase di depersonalizzazione**, caratterizzata, a livello sintomatologico, dalla perdita di ogni atteggiamento positivo verso se stessi, il mondo e gli altri (colleghi, pazienti, familiari), unitamente a comparsa di un approccio interpersonale cinico e distaccato che compromette la possibilità di qualsiasi forma di relazione d'aiuto;

3) **fase finale della mancanza di realizzazione lavorativa**, caratterizzata da una serie di aspetti sintomatologici come frustrazione, rabbia, calo dell'autostima, senso pervasivo di fallimento e desiderio di abbandonare il lavoro (si sottolinea, nell'area del suicidio, uno specifico incremento di vulnerabilità nella popolazione medi-

ca, soprattutto nella sua componente femminile).

Questi e altri sintomi (elevato tasso di assenteismo, frequenti richieste di cambio-trasferimento lavorativo nei medici ospedalieri e, nel caso del medico di medicina generale che non può chiedere cambi di sede nè assentarsi se non pagando un sostituto, minor disponibilità che si traduce in un atteggiamento meno accogliente e nella errata gestione del tempo per la quale l'intenzione di fare presto diventa fretteolosità controproducente e rischiosa, "automedicazioni" attraverso uso-abuso di alcool, psicofarmaci e/o stupefacenti) indicano che il medico di medicina generale si sta "esaurendo" ed è entrato, o è già vicino ad una fase depressiva che può aggravarsi sempre più se non si interviene tempestivamente con adeguati strumenti psicologico-clinici atti sia a prevenire una condizione di cronicizzazione, sia a ripristinare uno stato di salute mentale. In questo contesto, recenti studi, effettuati sui fattori stressanti ritenuti più rilevanti e significativi nell'ambito del medico di medicina generale, sembrano attribuire particolare evidenza alle seguenti dimensioni:

- il non avere sufficiente tempo libero;
- il sovraccarico di lavoro (gli orari e i turni come causa di privazione delle ore di sonno per gli ospedalieri e un eccessivo numero di assistiti per il medico di medicina generale) e l'eccesso di burocratizzazione;
- la perdita della specificità del ruolo, la mancanza di riconoscimento sociale rispetto allo specialista;
- le preoccupazioni economiche;
- l'alienazione dalla famiglia e dal tessuto sociale;
- le eventuali controversie legali;
- l'insoddisfazione nella vita coniugale (la frequenza di divorzio tra i medici sembra risultare di gran lunga più elevata, intorno al 15%, rispetto a quella della popolazione generale);
- le minacce personali (paura di essere aggrediti in modo violento da parte dei pazienti);
- la minaccia all'autostima (pazienti "sempre più difficili" che mettono a dura prova le competenze del medico utilizzando un coacervo di informazioni e/o fake news via internet);
- le risorse inadeguate (il crescente processo di aziendalizzazione degli ospedali con cronici problemi di struttura e gestione, recentemente acuita dalla crisi economica generalizzata che rischia di trasformare i luoghi di cura in spazi anti-terapeutici).

Va, pertanto, sottolineato quanto il medico di medicina generale sia quotidianamente sottoposto a un forte carico emotivo nell'incontro con la sofferenza/dolore mentale di chi improvvisamente si scopre malato e gli rovescia addosso, talora con rabbia perché spaventato e invaso da sentimenti di impotenza, la sua angoscia. Tale presa in carico comprende, inoltre, il contenimento della sofferenza non solo del malato, ma anche della famiglia e, talora, del contesto sociale circostante. Concludendo, pare quanto mai necessario che, visto che occuparsi a tempo pieno di persone sofferenti è particolarmente logorante per il medico di medicina generale, venga potenziato, sia a livello formativo, sia nell'ambito dei programmi di aggiornamento professionale, l'uso consapevole della relazione come strumento di cura (vedi voce Relazione medico paziente).

Riferimenti bibliografici

- Fulcheri M. (2005): *Le attuali frontiere della psicologia clinica*. Centro Scientifico Editore, Torino.
- Fulcheri M., Barzega G. (1995): *Il rapporto medico-paziente: le dinamiche intercorrenti, i percorsi formativi, la prevenzione dello stress*. In "Il vaso di Pandora", La Redancia, Varazze.
- Fulcheri M., Brunetti G. (1999): *La formazione psicologica del medico*. In "Professione: sanità pubblica e medicina pratica", 4, 43-46.
- Fulcheri M., Barzega G., Maina G., Novara F., Ravizza L. (1995): *Stress and managerial work: organizational culture and technological changes: a clinical study*. *Journal of Managerial Psychology*, 10, 4, 3-8.
- Fulcheri M., Carrozzino D. (2017): *La clinica psicologica*. In Invernizzi G., Bressi C. (a cura di): "Psichiatria e Psicologia Clinica", 5 edizione, McGraw-Hill, Milano.

CORPO

Daniela Bolelli

Perché è un fatto squisitamente umano che l'uomo sia e insieme non sia il suo corpo, che cioè il suo corpo...sia una parte come ogni altra della realtà esterna.. Lou Andreas Salomé

Il corpo che sono e il corpo che ho

La prima cosa da mettere in evidenza parlando del corpo è che esso si declina su due registri: quello della soggettività, dell'essere, e quello dell'oggettività, dell'avere; infatti del corpo possiamo dire sia "io sono il mio corpo" sia "io ho un corpo". Nel primo caso sottolineiamo con forza l'unità psicofisica dell'essere umano suggerendone la capacità di una autoconsapevolezza che integra tutte le sue caratteristiche in un insieme, nel secondo riproponiamo quella distanza mente/corpo che ha caratterizzato per secoli la riflessione filosofica e l'orientamento delle discipline mediche. Al limite tra psiche e corpo troviamo il sonno con il suo corredo di sogni che non finiscono di sorprenderci per quanto sfuggono alla nostra consapevole intenzione.

Dunque possiamo chiederci chi entra nell'ambulatorio del medico di medicina generale? Una persona che è il suo corpo o una persona che porta il "corpo che ha" colpito da qualche disfunzione? È facile dirsi che il paziente in ambulatorio è una persona che ci presenta un problema che affligge il suo corpo, ma se il medico propende intimamente per l'una o l'altra di queste due posizioni cambierà il suo modo di approccio con lui. La richiesta dei pazienti che contattano il medico è di presentare il corpo che hanno, quindi come un oggetto. Sia che ne presenti una parte che ha un problema, sia che lo presenti nel suo complesso perché non funziona come al solito, ciò che chiedono è che il medico intervenga su di esso lasciando che sia il corpo stesso a parlare con il suo linguaggio di sintomi. Nella corretta risposta del medico che visita il paziente si instaura quindi un dialogo tra i due corpi del curante e del paziente che si parlano tra loro al di là e in aggiunta al discorso verbale. È però opportuno che il medico sia consapevole che, sottostante alla domanda esplicita formulata dal paziente di occuparsi del suo corpo oggettificato c'è sempre un desiderio, quasi mai del tutto consapevole, di essere accettato e accudito come persona, e che questo desiderio si aspetta una risposta su tutti e due i registri, verbale e corporeo, sui quali si svolge la comunicazione. Quindi il medico riuscirà meglio nel suo obiettivo di cura se non mancherà mai di rivolgersi alla persona che è quel corpo che gli viene presentato come un oggetto da curare.

Esemplare è il caso dell'ipocondriaco che addirittura non lascia che sia il suo corpo di per sé a parlare al medico durante la visita e ostacola il dialogo che si instaura tra i due corpi, quello che tocca e quello che è toccato, in quanto cerca soprattutto di essere lui a parlare del suo corpo o delle sue parti come di qualcosa che poco ha a che fare con lui se non per quanto lo affligge. "La malattia è il prezzo che l'anima paga per occupare il corpo come un affittuario paga una pigione per l'appartamento che abita" sono le parole di Shirdi Ramakrishna che seguono una concezione di rigida divisione tra lo spirito e il corpo che è anche quella dell'ipocondriaco che parla del "corpo che ha" quasi tenendosene a distanza, perdendosi nei dettagli descrittivi, congelando affetti ed emozioni se non per esprimere una generica lamentosità. È difficile riuscire a guardare al di là del corpo oggetto che l'ipocondriaco ha e che porta come un peso o un inciampo per poterlo accogliere come persona "che è" il suo corpo. Per farlo il medico dovrà accettare le parole del paziente anche se le ritiene inutili ai fini diagnostici dando importanza alla sofferenza fisica senza minimizzarla e banalizzarla perché soltanto passando attraverso un'accoglienza del "corpo che ha", che per lui è malato anche se non presenta una patologia accertabile, la persona che "è il suo corpo" potrà sentirsi accettata e curata (vedi voce Ipocondria).

Che è necessario valutare sempre la persona insieme e oltre la malattia che porta, lo dimostra in maniera evidente la malattia psicosomatica. In questi casi la riduzione prospettica alla considerazione del corpo e dei suoi sintomi nell'inquadramento della malattia rischia di far perdere il senso di comunicazione che il sintomo può avere sia nell'ambito familiare che in quello sociale allargato. Ne consegue che spesso accade che, sconfitta la malattia, dopo poco tempo ne compare un'altra perché la persona non sa riconoscersi un senso al di fuori di quello che gli attribuisce proprio il ruolo di malato, come se la sua vulnerabilità corporea diventasse la sua peculiare forma di identità sociale.

L'unità psicofisica della persona

In ogni modo la situazione più frequente è che il paziente porta in ambulatorio il "corpo che ha" anche perché ogni persona, tende a "governare" il proprio corpo che prevale in maniera assoluta sul suo io cosciente soltanto in alcune sporadiche occasioni come l'orgasmo o il dolore insopportabile. Ma quando la persona si presenta come paziente è come se avesse perduto, in maniera più o meno accentuata, questa capacità di governo per affidarla al medico, delegando a lui una parte o addirittura l'intero suo corpo. Ed è qui che si esprime la differenza nelle posizioni del curante relativamente al corpo del paziente: dalla posizione oggettivante del chirurgo a quella di un medico che invece inquadra il corpo del suo assistito come

parte della sua personalità, cercando di stabilire ponti tra il corpo malato del paziente e la sua mente. La valorizzazione della persona nella sua interezza psicofisica consente al medico di leggere le disfunzioni patologiche come modalità particolari con le quali la persona che gli si presenta declina il suo modo di stare nel mondo che ha nel corpo il suo fondamento. Soltanto in questo secondo caso il medico può capire che il corpo può essere anche disponibile a trasporre un conflitto psichico in un sintomo corporeo come nel caso dell'isteria o a perdere i propri confini come nel caso della psicosi o, anche, indurre il soggetto a immaginarsi e avvertire la presenza di un arto che non c'è più come nel caso dell'arto fantasma dell'amputato. O, in maniera meno evidente, rendersi conto che per la "rottura" di una sua parte tutto il corpo può essere vissuto come profondamente alterato cosicché il malato può essere incapace di svolgere i compiti usuali al di là delle reali limitazioni imposte dalla malattia. Questo accade perché ciò che è alterata è l'idea del proprio corpo. Sarà quindi più utile rispettare la visione del paziente invece di sforzarsi di correggerla con la persuasione argomentando sulla base delle proprie conoscenze. Il paziente si sentirà maggiormente accolto e capito da un interlocutore che non contrappone la propria visione, ma piuttosto si apre ad una attenta analisi delle conseguenze che egli teme possano derivare da ciò che lamenta.

Il dialogo dei corpi

Dunque il corpo del paziente "parla" il linguaggio dei sintomi fisici, ma, oltre a questi, esprime anche il mondo psichico della persona. Nella relazione medico-paziente c'è l'autorizzazione al medico a entrare nell'intimità corporea del paziente che dà la possibilità di instaurare un ascolto e un sentire intersoggettivo che va a costruire un vero e proprio dialogo tra corpi che entra a far parte di un vissuto reciproco che può avere un'implicazione terapeutica o addirittura nociva. Infatti la maggiore o minore terapeuticità dipenderà dalla maggiore o minore capacità del medico di costruire, attraverso la manipolazione del corpo dell'altro, nello stesso momento nel quale compie con competenza un atto tecnicamente corretto come per esempio la palpazione dell'addome, una dinamica affettiva che integra l'assunzione di responsabilità con l'accoglienza e l'accudimento. Sappiamo che nel bambino molto piccolo c'è un'esperienza preverbale dei bisogni in cui tutto il suo essere parla con e attraverso il corpo e *questa esperienza può essere risvegliata nell'interazione tra i due corpi durante la visita medica*. È più facile riconoscere questa condizione primitiva nelle situazioni nelle quali si rende drammaticamente evidente come nelle malattie gravi e nelle situazioni terminali dove purtroppo il contatto corporeo è più difficile nonostante il forte bisogno che ne ha il malato. In questi casi il paziente può esprimere il dolore senza parole, soltanto con il corpo, gemen-

do o con contrazioni e ripiegamenti su di sé e il medico ha la possibilità di rispondere anch'egli con il corpo, ad esempio con un tocco lieve che è quasi una carezza. Al di là di queste situazioni estreme uno scambio corporeo di analogo significato può verificarsi anche con i pazienti ambulatoriali che non presentano patologie severe, ma sono molto spaventati. In questi casi sembra che il paziente soffra di una profonda alterazione riguardante il suo vissuto corporeo come se stentasse a riconoscere il proprio schema corporeo.

Lo schema corporeo

Lo schema corporeo è il quadro mentale del proprio corpo che ognuno si fa a partenza dalle percezioni, dalle rappresentazioni di esse e dalle esperienze di vita. È un'immagine dinamica nel senso che si può arricchire o impoverire nel corso delle vicende esistenziali. Essa cambia con l'evoluzione corporea che si ha nel passare del tempo, ma anche per la forte influenza che hanno gli aspetti socioculturali del contesto in cui la persona vive perché costituita anche attraverso processi di imitazione e identificazione nel confronto con gli altri. Sono note ad esempio la modificazione del corpo delle donne nel corso dei secoli e, oggi, l'influenza della moda nel crescere del fenomeno dell'anoressia.

Le fantasie sul corpo influenzano la terapia

Molto importanti sono anche le fantasie sul corpo, in particolare sul suo interno, che vanno a intrecciarsi con le credenze di ognuno. Sono fantasie che investono sia l'interno nel suo complesso sia i singoli organi e riguardano tanto la loro collocazione che il funzionamento. È importante conoscerne l'esistenza perché non di rado è ad esse che possono essere imputate molte delle difficoltà ad accettare di eseguire alcuni dei trattamenti prescritti. Infatti il curante per poter stabilire la cura deve venire a patti con una serie di teorie implicite del paziente su ciò che fa bene o male al suo corpo, come ad esempio il freddo o alcuni cibi, che non hanno alcun fondamento scientifico, ma hanno a che fare con queste fantasie e con la tradizione della sua famiglia. In questi casi più che contrastare questi convincimenti può essere utile aggirarli arrivando a opportuni compromessi.

Ciò che ciascuno pensa delle modalità di funzionamento del corpo è anche profondamente influenzato dagli aspetti culturali basti pensare alla diffusione del convincimento dell'onnipotenza della medicina e della tecnologia che trova il suo culmine nell'uso delle tecniche riproduttive. A questa convinzione consegue la perdita del riconoscimento del limite nel funzionamento del corpo che si accompagna a pretese assurde che portano ad esempio a parlare di "diritto" ad avere figli, senza rendersi conto che il diritto può riguardare la cura, ma non certo l'esito di essa.

L'incontro dei corpi nella relazione medico paziente

Abbiamo già detto che in ambulatorio quando medico e paziente si incontrano si avvia un dialogo anche corporeo. Spesso il medico pone tutta la sua attenzione sul corpo dell'altro e non pensa al suo che però manda segnali al di là dell'uso volontario che egli ne fa nella manipolazione del corpo del paziente e così dimentica quanto comunica in maniera non verbale. È quindi utile non passare alla visita del corpo del paziente allo scopo di interrompere la conversazione perché si è irritati o, nel caso che si sia annoiati da ciò che il paziente sta dicendo e che sembra inutile come con i pazienti ipocondriaci o ossessivi. Infatti il modo di toccare il paziente in quel frangente può veicolare segnali di rifiuto. Così facendo il medico può vanificare l'effetto della visita che è senz'altro uno tra i migliori strumenti di cura che possiede.

Il medico di medicina generale non è il chirurgo

È utile pensare che il paziente si aspetta sempre che il suo corpo venga "toccato" dal medico anche se per quest'ultimo in certi casi non è strettamente necessario. Mentre nella visita chirurgica sia il medico che il paziente si pongono verso il corpo con un atteggiamento oggettivante perché si cerca un intervento tecnico potenzialmente risolutivo, nel caso del medico di medicina generale le aspettative del malato sono diverse perché percepisce l'essere toccato come un segno di grande interessamento in quanto, come già detto, veicola più significati: dalla ricerca di una valutazione tecnica, all'interessamento per il malato, ma anche, nella particolare modalità del toccare, rispetto e accudimento o svalutazione e trascuratezza. Ricordando che il paziente ha un bisogno che è insieme di delega e richiesta di accudimento che va al di là della parte del corpo che manifesta segni di disfunzione, possiamo capire che la modalità accogliente e rispettosa della manipolazione del corpo è la risposta migliore a tale bisogno. Questa risposta ha anche un potenziale effetto trasformativo rispetto all'immagine che il paziente ha del suo corpo. Infatti la mano del curante può mettere in evidenza o aiutare a far passare in secondo piano alcune parti del corpo svalutate dal paziente, cambiando l'equilibrio finale dell'immagine complessiva che egli ha di sé.

Dobbiamo pensare che c'è sempre un dialogo corporeo che va al di là del contratto formale di cura che lega il medico e il paziente. Un dialogo che può facilitare il compito terapeutico o ostacolarlo fino a farlo fallire. Infatti una risposta adeguata al bisogno di accudimento veicolata dal corpo può non solo velocizzare ogni pratica "tecnica", ma può fortificare l'alleanza ai fini di cura stimolando la collaborazione del paziente.

La sessualità

Se non è direttamente compromessa spesso la sessualità del paziente sta fuori dall'ambulatorio. Reticenze e pudori, sia del paziente, ma anche talora del medico, ne fanno un argomento non esplorato nell'ambito dell'anamnesi. Eppure essa rappresenta una componente fondamentale del vissuto corporeo di ognuno a tutte le età: dalla prima infanzia alla vecchiaia. Che esista una sessualità infantile è ormai un dato acquisito da un secolo, ma un'adeguata informazione e le problematiche ad essa inerenti sono oggi di pertinenza pediatrica. Anche la sessualità in preadolescenza è trattata nei consultori e dai ginecologi, mentre adolescenti, adulti e soggetti in età avanzata si rivolgono in prima battuta al medico di medicina generale se hanno problemi sessuali. Quando una persona compare per la prima volta in ambulatorio nell'inquadramento generale dovrebbe essere dedicata attenzione anche a questa sfera nonostante il paziente non lamenti alcuna disfunzione, ma è da notare che non sempre lo si fa. Pudore e vergogna sono sempre presenti nel paziente quando si sottopone alla visita, ma il medico in generale sa affrontarli con garbo, assumendo un atteggiamento distratto al momento in cui i pazienti si spogliano e usando una gradualità rispettosa al momento del toccare. Più difficile è superare e far superare al paziente pudore e vergogna nel parlare della sessualità. È quindi sempre utile che il medico si interroghi sul perché non viene affrontata questa tematica nella visita generale e, in particolare, se con alcuni lo fa e con altri no. Infatti a volte è il linguaggio preverbale che sconsiglia una tale indagine al primo incontro in quanto un modo di porsi del paziente che esprime imbarazzo e inibizione disincentiva l'esplorazione di questa particolare area, ma talora si tratta di un imbarazzo che il medico può attribuire soltanto a sé stesso. In realtà la sessualità non può essere considerata al pari di altre funzioni che nella visita generale in prima battuta possono essere ignorate se il paziente non ne denuncia alterazioni, come ad esempio la funzionalità renale; poiché essa va a incidere in maniera significativa sulla complessiva qualità della vita di ognuno è un'area da esplorare sempre seppure con delicatezza. Da questo punto di vista può essere di grande aiuto anche l'osservazione del comportamento del paziente: atteggiamenti seduttivi o reazioni schive di allontanamento rispetto agli approcci manipolativi (ad esempio per palpare l'addome o auscultare il torace) possono suggerire caute indagini orientando su come egli vive la sessualità.

Il dolore del corpo e la sua gestione

Come è noto il dolore è estremamente soggettivo. Quello riferito può essere accresciuto o diminuito nel resoconto che ne fa il paziente rispetto a quanto l'esperienza clinica suggerisce al curante. Può anche essere enfattizzato, drammatizzato e,

per questo, suscitare nel medico fastidio e il bisogno di sminuirlo. È utile sapere che farlo è senz'altro controproducente perché la risposta sarà un rilancio da parte del paziente sull'intollerabilità del dolore lamentato. Molto più utile è accogliere quanto viene lamentato invitando a una descrizione minuziosa del tipo di dolore e chiedere un paragone con altri tipi di sofferenza che il paziente ha patito in passato che, il più delle volte, lo metterà nelle condizioni di operare un eventuale ridimensionamento.

Un caso particolare è quello nel quale si deve compiere una pratica che è anche solo parzialmente dolorosa. In questi casi è sempre utile preavvisare che chi deve subirla sentirà un po' male perché questo favorirà in lui un atteggiamento difensivo che aumenta la tolleranza al dolore. In genere non si pensa che questo atteggiamento, comunemente usato con i bambini, è altrettanto vantaggioso con gli adulti.

Inoltre è utile sapere, per non confonderle, che a volte un'esclamazione di dolore sta al posto di un sentimento di vergogna o di repulsa la cui espressione viene considerata dal paziente meno accettabile come nel caso di una esplorazione anale. Infine negare di avere inflitto il dolore, anche se riteniamo di non averlo provocato, è sempre molto meno utile ai fini di una buona alleanza di una domanda sulla sua intensità o la sua durata ("Ha sentito molto male?", "È passato?").

Altra cosa è la gestione del dolore violento e del dolore cronico che esigono il massimo rispetto e strategie concordate per attenuarlo. Dico concordate perché, data la soggettività del vissuto doloroso e la risposta differente di ognuno ai farmaci, il massimo esperto in questi casi non può che essere il paziente al quale possono essere fatte soltanto proposte da sperimentare. Può essere utile in questi casi informare il malato di ciò che il medico conosce sulla base del suo sapere e della sua esperienza del tipo di dolore in causa, come la prevalenza notturna o diurna, in certe posizioni piuttosto che in altre ecc.

Sicuramente non è mai opportuno minimizzare il dolore che il paziente lamenta, ma piuttosto può essere utile che il medico si interroghi se la spinta sentita a tenere un tale atteggiamento non nasce dal bisogno di non confrontarsi con la sofferenza lamentata o dal forte desiderio che essa sia minore di quanto realmente lo sia.

DIPENDENZE DA SOSTANZE E NUOVE

DIPENDENZE COMPORTAMENTALI

Cinzia Bressi

La droga prende tutto e non dà nulla. William Burroughs

Il gioco d'azzardo è il miglior modo per ottenere nulla da qualcosa. Wilson Mizner

Eppure per essere felici basterebbe sostituire le dipendenze con le passioni. (Tra cenere e terra - L'ora della poesia). Ritina80 (Rita Lenzo)

La dipendenza può assumere diversi significati. Le parole inglesi per trattare questa condizione sono due: *dependence* e *addiction*, le quali esprimono, in realtà, due accezioni diverse: con la prima si vuole indicare la condizione fisico-chimica nella quale l'organismo necessita della sostanza per funzionare, mentre con la seconda si fa riferimento alla dipendenza psicologica che spinge alla ricerca della sostanza, senza la quale per l'individuo l'esistenza appare priva di significato.

Oggi ci confrontiamo anche con le condizioni di dipendenze patologiche (*addiction*) comportamentali aggiunte nel 2013 nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Vengono così considerate globalmente le *addiction* comportamentali e da sostanze. Ed è anche incluso il "Disturbo da gioco d'azzardo" o *gambling patologico* e sempre di più sono state prese in considerazione anche le dipendenze patologiche comportamentali correlate a Internet.

L'attuale concezione paradigmatica, infatti, contempla quelle che erano le tossicodipendenze classiche come droghe, alcool e le varie forme di farmacodipendenza, per includervi le *addiction* comportamentali, gli acquisti compulsivi, la cleptomania, i disturbi alimentari, la coazione ai comportamenti a rischio, la sessualità compulsiva, il gioco. Negli ultimi dieci anni viene suggerito di inserire, in questo paradigma, tutte quelle modalità particolari di legame con il lavoro, con gli sport e con tutte quelle forme di ricerca e di eccitamento coatte come i videogiochi, l'eccesso di utilizzo di internet e del cellulare.

Si tratta di forme di eccitamento coatte, che vengono ripetute dal soggetto dipendente focalizzandosi sul desiderio intenso e sul comportamento incontrollato, sulla mancanza di contenimento e che appaiono in continua espansione.

Queste condizioni condividono caratteristiche fondamentali con l'abuso di sostanze, come la messa in atto di comportamenti da dipendenza patologica al fine di ottenere modifiche del tono dell'umore, lo sviluppo di tolleranza, il fenomeno dell'astinenza, una situazione comportamentale conflittuale.

Quali sono le caratteristiche comuni a questi individui che il medico riconosce nella specifica fenomenologia clinica?

- *Intossicazione*: sindrome reversibile causata da una specifica sostanza che compromette una o più delle seguenti funzioni mentali: memoria, orientamento, umore, giudizio, nonché il comportamento e il funzionamento sociale o lavorativo.

- *Astinenza*: sindrome sostanza-specifica che si verifica in seguito alla sospensione o riduzione della dose della sostanza che è stata assunta regolarmente per un lungo periodo di tempo. La sindrome è caratterizzata da segni e sintomi fisiologici e da sintomi psicologici che riguardano la compromissione del pensiero, dei sentimenti e del comportamento.

- *Tolleranza*: fenomeno nel quale, a seguito di ripetute somministrazioni, l'assunzione di una certa dose di una sostanza produce un effetto ridotto e si assiste alla necessità della somministrazione di una maggiore dose della sostanza per ottenere gli stessi effetti ottenuti con la dose iniziale. Per tolleranza comportamentale si intende la capacità del soggetto di svolgere attività consuete nonostante l'effetto della droga.

- *Cross-tolleranza* (o *Cross-dipendenza*): fenomeno nel quale una sostanza che viene sostituita ad un'altra è in grado di produrre nel soggetto gli stessi effetti fisiologici e psicologici della sostanza iniziale (per es., benzodiazepine e barbiturici).

- *Neuroadattamento*: l'insieme delle modifiche neurochimiche o neurofisiologiche conseguenti a ripetute somministrazioni della sostanza.

Il neuroadattamento è ciò che spiega il fenomeno della tolleranza.

Infine l'individuo non prova più alcun interesse per altro: per la persona esiste solo la sostanza e il forte piacere che ne deriva.

L'adolescente tra nuove e vecchie dipendenze: cause e sviluppi

I disturbi correlati all'uso di sostanze sono caratterizzati da un'eziologia multifattoriale: a generare (e a mantenere) l'assunzione reiterata di sostanze, infatti, concorrono fattori genetici, ambientali, neurobiochimici e psicologici fortemente interdipendenti tra loro. Di fatto, le caratteristiche che il consumo di una sostanza può assumere dipendono dall'interazione tra le proprietà della sostanza psicoattiva, le caratteristiche fisiche e psicologiche del consumatore e il contesto culturale e sociale in cui egli è inserito.

L'utilizzo di sostanze spesso comincia negli anni dell'adolescenza e gli individui di età compresa tra i 15 e i 24 anni rappresentano la fascia di popolazione con i tassi di prevalenza più alti per l'uso di quasi ogni tipologia di sostanza. Fattori come la disponibilità della sostanza, l'accettabilità sociale, l'influenza dei pari possono contribuire all'avvicinamento e al primo contatto con una certa sostanza, ma

altri fattori, come l'assetto psicologico (personalità, storia, stato emotivo, motivazione...) e gli aspetti biologici individuali, sono probabilmente più importanti nel determinare la modalità soggettiva di sperimentare gli effetti di una specifica droga, nonché i cambiamenti che si produrranno nel SNC a seguito di un uso ripetuto. Altri fattori, tra cui i diversi meccanismi d'azione delle sostanze, possono favorire la transizione da uno stile di consumo non dipendente a uno dipendente, incidere sul rischio che una certa sostanza generi effetti avversi (per es., intossicazione) o predisporre ad un recupero più rapido dalla dipendenza.

Un preoccupante, ulteriore fenomeno in incremento, interessa la tendenza all'abbassamento di età del soggetto *dipendente*, che coinvolge sempre più giovani in età adolescenziale. L'incremento di questo fenomeno è preoccupante, soprattutto in ragione del fatto che gli studi epidemiologici sull'adolescente che manifesti dipendenza da sostanze o da comportamenti patologici, hanno rilevato che oltre il 15 per cento tra loro ne viene coinvolto. Questa percentuale si riferisce a ricerche internazionali ed è quindi intuibile quali proporzioni stia assumendo il fenomeno. Tanto più l'età del soggetto è precoce tanto maggiore è il rischio che il giovane giocatore diventi un *gambler* patologico. Una caratteristica fondamentale dei disturbi da uso di sostanze è il cambiamento, sottostante agli effetti comportamentali, che tali sostanze provocano all'interno dei circuiti cerebrali. Numerose prove sperimentali hanno mostrato che tutte le tipologie di sostanze, quando assunte in eccesso, inducono l'attivazione diretta del sistema cerebrale detto "della ricompensa" (*brain reward system*), coinvolto nel rinforzo dei comportamenti in seguito ai quali il soggetto sperimenta una sensazione di piacere. Tale sistema fisiologico, normalmente attivato da comportamenti adattivi (per es. nutrirsi quando si ha fame, dormire quando si è stanchi), è alla base dell'insorgenza e del mantenimento dei comportamenti di dipendenza da sostanze. Con l'utilizzo della sostanza ha inizio una sequenza di conseguenze più o meno gratificanti che, attraverso un processo neurobiologico di apprendimento, può risultare in una maggiore o minore probabilità che il comportamento di assunzione venga ripetuto. In molti casi, la somministrazione ripetuta di una sostanza dà avvio altresì ai processi biologici associati alla tolleranza, alla dipendenza fisica e all'astinenza da tale sostanza; i sintomi negativi sperimentati dall'individuo nel corso di tali fenomeni forniscono, a loro volta, la motivazione per un utilizzo ulteriore della droga, innescando un circolo patologico.

Fenomenologia e cause: dall'adolescenza all'età adulta

Cosa il medico di medicina generale può osservare in questo adolescente in difficoltà? Gli adolescenti manifestano un vissuto ambivalente frustrante, rifiutano

di farsi coinvolgere in situazione con forti responsabilità, si distraggono facilmente, sono emotivamente vulnerabili e si “perdono” nella relazione con gli altri connotandosi con un’identità instabile e ancora ‘cangiante’.

Il senso di intimità profonda, che è alla base dell’esperienza della reciprocità, è una condizione senza la quale nessun essere umano può essere legittimato come soggetto da un altro essere umano. Ed è sempre grazie a questo processo di riconoscimento reciproco che nasce la spinta necessaria all’auto-affermazione, alla concezione umana del nostro bisogno di dipendenza sana. Nella dipendenza patologica, viceversa, ha preso spazio un’idea dell’altro come oggetto inaffidabile e imm modificabile, le cui capacità nutritive e affettive sono malsane e molto poco generative del valore intrinseco allo scambio.

Questo vale come terreno costitutivo preliminare a tutte le dipendenze patologiche. Sono giovani cui difetta la capacità di immaginare che cosa può comportare la trasformazione di stati d’animo positivi o negativi, e ogni forma immaginativa è vissuta come fonte di ansia. L’incapacità elaborativa comporta quindi il bisogno di saturare ogni stato emotivo: ricorrere alla “compulsione all’agire” ha una funzione narcotizzante dei vissuti conflittuali, sospingendo il soggetto verso una dimensione di illusorio e onnipotente controllo della realtà. Come per tutti gli *addicts*, il bisogno assoluto è quello di controllare e dominare la propria realtà interna ed esterna poiché gli oggetti affettivi e relazionali interiorizzati (soprattutto i genitori) sono stati esperiti prevalentemente come incontrollabili e danneggianti. Sviluppano dipendenza per lo scarso controllo degli impulsi. Il tratto ossessivo-compulsivo garantisce un rifugio sicuro per fronteggiare la realtà complessa e multiforme dove c’è un nemico invisibile da contrastare. Sul piano delle relazioni interpersonali, l’adolescente è apatico, insicuro e particolarmente aggressivo. I suoi atti si ripetono all’infinito, così come la compulsione di sostanze e comportamenti patologici senza mai arrivare a una soddisfazione completa. Gli adolescenti non riescono a inibire le loro coazioni e avvertono maggiormente la frustrazione. I nuovi sintomi, tuttavia, sono un appello del soggetto che esprime i suoi conflitti sulla scena sociale, nel tentativo di riaprire il discorso familiare e cercare una separazione dalle figure genitoriali e costruirsi un’identità che è il principale compito evolutivo dell’adolescente (vedi voce Adolescenza).

Le dipendenze e i disturbi mentali

Una crescente mole di evidenze scientifiche documenta come, nelle diverse storie cliniche, un disturbo di tipo psichiatrico (anche non conclamato) possa precedere, associarsi o conseguire all’uso di sostanze. Dal momento che tutte le sostanze di abuso sono in grado di causare effetti simili ai sintomi di alcuni disturbi

psichiatrici, grande attenzione deve essere posta dal punto di vista clinico nella diagnosi differenziale e nel considerare la sequenza cronologica con cui si presentano i disturbi. La comorbidità psichiatrica indica la coesistenza di due o più disturbi psichiatrici in uno stesso individuo. Alcuni studi hanno dimostrato che fino al 50% di coloro che fanno un uso problematico di sostanze ha un disturbo psichiatrico in comorbidità.

In diversi studi si è evidenziato che il 35-60% dei pazienti che abusano di sostanze, soddisfa anche i criteri diagnostici per il disturbo di personalità antisociale. Tali soggetti, rispetto ai pazienti con la sola diagnosi di disturbo di personalità antisociale sono propensi ad utilizzare un maggior numero di sostanze illegali e ne vengono più facilmente in possesso, si mostrano tendenzialmente meno soddisfatti della loro vita e perpetuano i comportamenti antisociali di spaccio e abuso, sviluppando, nella maggior parte dei casi, un comportamento più impulsivo, isolato, e depresso. Un altro rilevante argomento di ricerche è stato il collegamento tra depressione, suicidio e abuso di sostanze. Gli studi evidenziano la forte presenza di sintomi depressivi correlati all'abuso e mostrano l'elevata l'incidenza della diagnosi di disturbo depressivo maggiore in soggetti che abusano di oppiacei e alcol (da un terzo alla metà del campione considerato). L'abuso e la dipendenza da sostanze risultano aumentare statisticamente di venti volte la probabilità di morte per suicidio rispetto alla popolazione generale.

Negli individui con una diagnosi di disturbo da uso di sostanze, si è riscontrata la compresenza frequente di disturbi mentali concomitanti. Per quanto riguarda il disturbo da uso di cannabis, si sono riscontrate correlazioni con una scarsa soddisfazione della qualità della vita, disturbi d'ansia di umore e di condotta; in particolare nei soggetti sotto i 18 anni si riscontrano diagnosi di disturbo depressivo maggiore (11% dei casi), disturbi d'ansia (24%), disturbo bipolare (13%), disturbo antisociale di personalità (30%), disturbo ossessivo compulsivo (19%), disturbo paranoide di personalità (18%).

Anche per quanto riguarda il disturbo da uso di allucinogeni si sono evidenziate diagnosi concomitanti di disturbi d'ansia, dell'umore, disturbo bipolare e antisociale di personalità.

Il disturbo da uso di oppiacei si manifesta spesso insieme a disturbi depressivi, disturbi del sonno, disturbo antisociale di personalità; infine, in coloro a cui è stato diagnosticato un disturbo da uso di stimolanti, sono spesso presenti, oltre al disturbo antisociale o bipolare, anche problematiche relative al disturbo da deficit di attenzione/ipervattività e disturbo da gioco d'azzardo.

Oltre che con le patologie sopra descritte, un disturbo da uso di sostanze si presenta spesso in comorbidità con un altro disturbo da uso di sostanze.

L'utilizzo simultaneo di diverse sostanze è certamente un fenomeno che si sta sviluppando tra i giovani: ad oggi, la maggior parte dei consumatori, infatti, utilizza spesso almeno due o tre sostanze stupefacenti diverse. L'utilizzo associato e sequenziale di droghe "up" con droghe "down" è riscontrabile in molti consumatori, ad esempio coloro che assumono cocaina come sostanza primaria usano nell'86,7% dei casi anche cannabis come sostanza secondaria e nel 12,4% eroina. La cannabis, in particolare, sembra frequentemente passare da "droga di iniziazione" ("gateway") a droga secondaria di accompagnamento.

Allo stesso modo i consumatori di eroina come sostanza primaria dichiarano nel 78,0% dei casi anche uso abituale di cannabis e nel 68,3% l'uso abituale di cocaina come sostanza secondaria.

È importante aggiungere che anche gli psicofarmaci possono essere utilizzati, per i loro effetti, come vere e proprie droghe e sostanze di abuso. Soprattutto i giovani utilizzano farmaci per fronteggiare problemi relativi al sonno, all'alimentazione e all'umore, andando incontro a rischi di interazione e sottovalutando gli effetti sul funzionamento generale dell'organismo e sullo stato mentale, senza considerare il rischio di assuefazione e dipendenza, che possono derivare dall'uso indiscriminato e continuativo di questi principi attivi senza il controllo dello specialista.

Un altro fenomeno preoccupante, che riguarda soprattutto la popolazione giovanile, è la diffusione dell'utilizzo di sostanze delle quali non si conoscono caratteristiche ed effetti, costituite da droghe sintetiche di recente produzione. Tali soggetti non conoscono provenienza, principio attivo e conseguenze a livello di intossicazione e a livello di impatto sulla salute generale della persona di ciò che assumono. In Italia, nel 2014, sono almeno 54mila gli studenti 15-19enni, che hanno assunto sostanze psicotrope senza sapere "cosa fossero" e quali effetti procurassero.

Le sostanze

Tra le più usate possiamo distinguere: 1) Oppiacei come oppio, morfina, eroina; 2) Stimolanti come cocaina e crack; 3) Allucinogeni come LSD e mescalina; 4) ...e altre come ecstasy, fenciclidina e numerose altre. Accenneremo solo a quelle di uso più frequente.

Eroina Con il termine oppiacei si fa riferimento agli alcaloidi contenuti nel lattice del papavero da oppio, principalmente la morfina, la codeina e la tebaina, e nei loro derivati semisintetici, tra cui l'eroina. Tali sostanze hanno proprietà analgesiche, sedative ed euforizzanti e vengono utilizzate anche nella pratica clinica. Gli effetti analgesici degli oppiacei sono dovuti alla loro azione diretta su specifici

recettori cerebrali, che sono risultati essere gli stessi su cui agiscono gli oppioidi endogeni (endorfine), prodotti naturalmente dall'organismo.

L'utilizzo di questi principi attivi come droghe influenza direttamente e intensamente la vita del soggetto, sia perché i sintomi manifestati nell'intossicazione possono essere molto gravi, sia perché spesso il craving (desiderio intenso e insopprimibile) per la sostanza è talmente intenso da condizionare molte scelte della propria quotidianità. L'utilizzo di eroina crea una elevata dipendenza: è possibile assumerla per via endovenosa o aerea, sniffandola o inalandola (queste ultime vie di assunzione hanno aumentato la loro frequenza). L'effetto di una dose dura circa cinque ore. Questa droga costituisce un grave pericolo per la salute anche per via degli additivi con cui viene tagliata. La condivisione poi della stessa siringa crea ulteriori rischi. Attraverso queste modalità si incrementa il rischio di infettarsi di epatite B, C o HIV. I danni a livello dell'organismo fisico e della psiche sono notevoli, così come la dipendenza è particolarmente severa. L'eroinomane vive all'interno del mondo della droga e tutta la sua vita si trasforma in una costante ricerca della sostanza trasformando interamente la sua dimensione esistenziale. Talvolta, il disturbo da uso di oppiacei può portare alla morte, per ragioni diverse: overdose, ferite e incidenti legati anche al contesto di vita e alle condizioni sociali che caratterizzano la vita di molti consumatori, per gesti autolesivi, AIDS o complicazioni mediche.

Cocaina Il disturbo da uso di stimolanti interessa sia gli adolescenti che gli adulti, ma è più frequente fra gli individui di 12-25 anni. La motivazione iniziale all'uso di queste sostanze è quella di percepirsi più forti e in grado di svolgere le proprie attività con grande slancio ed entusiasmo. Tuttavia, questa sensazione è provvisoria; con l'uso continuato, infatti, essa lascerà il posto ad una percezione di sé svilita e negativa. Per questa ragione, e a causa del rapido sviluppo di assuefazione e tolleranza, l'uso degli stimolanti può facilmente diventare cronico e caratterizzato da un'assunzione di dosi progressivamente maggiori.

La personalità e il comportamento del soggetto vengono fortemente influenzati dall'effetto del principio attivo sullo stato mentale, risultando spesso in atteggiamenti aggressivi o violenti, nell'isolamento sociale o in serie difficoltà sul lavoro. Oltre agli effetti sullo stato mentale sono evidenti anche le conseguenze sul corpo: sinusiti ricorrenti, irritazione cronica della mucosa nasale e, in alcuni casi, perforazione del setto; nel caso della somministrazione di amfetamine per via intravenosa vi è il rischio di trasmissione di HIV e epatiti. Inoltre, nei soggetti che abusano di stimolanti, si riscontrano sovente perdita di peso e dell'appetito (i quali sono spesso effetti desiderati da chi assume queste sostanze), patologie dentali, in alcuni casi convulsioni, ictus, compromissioni cardiache ed è possibile la morte improvvisa per infarto o arresto respiratorio.

La **cannabis**, assieme all'alcol e al tabacco, è in molti casi la prima sostanza di accesso alle sostanze psicoattive in età adolescenziale. Attualmente, il passaggio da uso saltuario a un consumo abituale e infine al disturbo da uso di cannabis sembra essere piuttosto rapido e comune in soggetti sempre più giovani come i preadolescenti. L'accesso precoce alla sostanza è un forte fattore predittivo circa la probabilità che la persona sviluppi un disturbo da uso di sostanze e altri disturbi mentali nel corso della prima età adulta. Il medico di medicina generale dovrebbe quindi cercare di accompagnare il giovane nel suo percorso medico e psicologico per allertare la persona quando dall'uso si rischia di giungere all'abuso.

L'utilizzo abituale di cannabis e il graduale aumento della stessa, finalizzato a superare la tolleranza e a percepire gli effetti graditi al consumatore, comportano conseguenze negative sempre maggiori (deficit dose-dipendenti), in particolare nelle funzioni esecutive, mnestiche e attentive, incidendo sul funzionamento della persona in varie aree della vita, ad esempio in quella lavorativa e in quella sociale. In presenza di disturbi mentali precedenti al consumo di cannabis, il suo utilizzo può comportare l'esacerbazione di alcuni sintomi o la comparsa di episodi psicotici acuti.

Le dipendenze comportamentali

Il disturbo da gioco di azzardo (Gambling Disorder)

Il gioco d'azzardo patologico altrimenti definito *gambling disorder* (GAP), rientra a pieno titolo nell'area dei disturbi della dipendenza.

È negli ultimi quindici anni che questa patologia, in progressivo aumento in Italia, viene considerata a tutti gli effetti un disturbo correlato all'*addiction* in senso più ampio. Il GAP produce infatti nel soggetto dipendente molte manifestazioni che identificano l'area stessa della dipendenza patologica: il *gambler* subisce assuefazione al gioco e soffre di crisi di astinenza; organizza la sua vita nel totale assorbimento della compulsione al gioco che diviene una continua sfida onnipotente tra vincita, perdita e rivincita; tende ad un isolamento dal contesto sociale di riferimento mettendo in atto strategie di occultamento della problematica di gioco attraverso la menzogna più o meno conclamata.

Da un punto di vista psicodinamico, il giocatore d'azzardo presenta sovente un quadro anamnestico le cui caratteristiche sono intimamente connesse a quelle relative alle sindromi depressive e alle strategie di evitamento degli stati emotivi negativi. Non è infrequente incontrare soggetti in cui entrambi i quadri patologici sono attivi, poiché il rinforzo maniaco che il *gambler* riceve dall'azzardo, ha la funzione di compensare le percezioni di vuoto emotivo ed emozionale, fungendo da depotenziatore dell'angoscia che tali sentimenti negativi contribuiscono a stabilire.

L'anamnesi di queste situazioni riconduce alla comorbidità di disturbi di personalità derivati da tratti impulsivi pervasivi, spesso con una storia di abusi conclamati o psicologici in età infantile, scarso adattamento sociale, disturbi di ADHD infantile che persistono in età adulta.

Nell'anamnesi di questi pazienti compare spesso, infatti, una storia familiare costellata da microtraumi cumulativi e pervasivi. La fuga nel gioco avrebbe la funzione di non fare implodere il soggetto in una forma depressiva grave, grazie all'illusione di cui il paziente cade vittima: quella di poter ottenere, nella fase di eccitazione maniacale e attraverso l'agognata vincita, il risarcimento emotivo e concreto di uno stato di benessere.

La polarizzazione che assoggetta il *gambler*, trasportandolo dall'estasi per l'agognata vincita all'annientamento umiliante e vergognoso della perdita, è la tragica e infinita ripetizione della privazione dell'oggetto primario materno e delle sue funzioni affettive.

L'illusione che ingabbia il *gambler*, condannandolo ad una insensata e dannosa ripetizione, è quella di attribuire alla vincita la funzione di risarcimento di uno scambio emotivo ed affettivo mai trovato in modo soddisfacente. Il giocatore perde di vista il fatto che nel gioco d'azzardo non c'è, né è previsto nessuno scambio, ma piuttosto una reiterazione della perdita. Nell'essere vincolati all'addiction, il giocatore duplica la perdita affettiva e rimane dannatamente legato a figure genitoriali onnipotenti e maligne.

Le differenti manifestazioni del fenomeno

Per quanto riguarda la specificità che differenzia la popolazione *gambler* maschile da quella femminile, possiamo accennare che nelle donne i quadri depressivi vengono associati a quelli relativi alla tendenza all'isolamento sociale. Sono persone che hanno bisogno di colmare un vuoto e di trovare forme di risarcimento per una perdita affettiva. La vulnerabilità soggettiva ha una comorbidità con forme ansiose e sentimenti di profonda inadeguatezza.

Un'altra differenza sostanziale è la predilezione, per le donne, di forme di gioco d'azzardo definite non strategiche come sono il gioco del lotto, il gratta e vinci, le *slot machines*, il bingo.

La popolazione maschile al contrario, privilegia forme di gioco orientate all'azione e alla ricerca di sensazioni forti, come le scommesse sportive, il poker e l'internet *gambling*. I fattori di rischio presenti nella popolazione maschile sono connessi a stati depressivi acuti, a forme di controllo eccessivo e stati d'ansia. La comorbidità è, inoltre, con i disturbi di ansia sociale, gli atteggiamenti antisociali e i disturbi di comportamento dirompente.

Nella popolazione adolescenziale il gioco d'azzardo patologico rientra appieno

nel quadro di assunzione dei comportamenti a rischio.

Le aree di prevalente comorbidità con disturbi mentali sono quelle connesse al disturbo depressivo acuto – sempre più comune in età adolescenziale – a cui va associato l'uso di sostanza e di alcool. La precocità di esordio del disturbo GAP è strettamente connessa, inoltre, alla severità del disturbo tossicomane che a sua volta è frequentemente associato al disturbo di ansia e di deficit di attenzione. Può sussistere in questi quadri un'ideazione suicidaria di una certa rilevanza, associata a forme di condotta antisociale e impulsiva.

È soprattutto nella ricostruzione anamnestica della popolazione adulta GAP che veniamo a conoscenza dei pre-esistenti quadri patologici adolescenziali.

Numerosi studi internazionali confermano che il gioco d'azzardo coinvolge la popolazione adolescente – ragazzi e ragazze tra i sedici e i diciannove anni di età – in misura doppia rispetto a quella degli adulti. Viene rilevata una stima, in termini di percentuale, tale per cui già l'8% degli studenti sono giocatori d'azzardo problematici intorno al sedicesimo anno d'età. Così come accade per la popolazione adulta di giocatori, anche in queste situazioni il gioco d'azzardo patologico è più frequente nel sesso maschile rispetto a quello femminile. È altresì evidente che l'età in cui il soggetto inizia a giocare d'azzardo, rappresenta un importante fattore predittivo per il successivo sviluppo di un disturbo conclamato.

Le forme di gioco d'azzardo adolescenziale si concentrano prevalentemente sulle *slot machines*, le lotterie nazionali, i gratta e vinci, l'*internet gambling*, le scommesse sportive, il casinò.

Questo nonostante sussistano, per legge, obblighi di osservanza dei limiti di età.

La trasversalità presente nella scelta della tipologia di gioco da parte dell'adolescente è probabilmente dovuta al fatto che il gioco d'azzardo è sempre più percepito come una attività “normale” e socialmente accettata.

La dipendenza da Internet

Con la “dipendenza da internet” (*internet addiction disorder*) osserviamo il tratto ossessivo-compulsivo che incrementa la sensazione del controllo sulla realtà. La compulsione da internet si basa sul piacere: la riduzione o eliminazione del sintomo è particolarmente difficile. Il soggetto vive una condizione di onnipotenza che si esercita in modo controllante e illusorio sulla realtà. Così facendo l'ansia dell'individuo si riduce.

La principale psicopatologia si ritrova nei nuovi media: accattivanti rifugi mentali. Il massiccio sviluppo dei nuovi media sta profondamente sovvertendo il mondo in cui gli adolescenti entrano in comunicazione e si scambiano informazioni. È come se la realtà virtuale potesse rappresentare una via di fuga virtuale dalla com-

pietà della realtà e contemporaneamente esercitare un controllo onnipotente sugli eventi fisici, naturali e relazionali, senza limiti spazio-temporali dettati dal reale. Inoltre, rimanendo nelle solitudini del virtuale è il loro “vicinato digitale” che viene in soccorso socializzando senza che accada l’incontro e in cui lo spazio fisico è irrilevante e il tempo mai discontinuo. Il consumo in comune di un “mezzo” quale esso sia (internet, video-giochi, chat, blog, telefoni cellulari, moltiplicazione dei canali tv, ecc.), li rende solo spettatori e non partecipi di un’esperienza profondamente e ampiamente condivisa.

La parola *esperienza* viene quindi sostituita da *rappresentazione*. I media penetrano violentemente nell’intimità di ciascuno. A un mondo ricco di informazioni e di immagini, senza la percezione di riferimenti spazio-temporali concreti, ognuno ascrive ai contenuti un significato costruito solo nella fantasia, che è propriamente soggettivo. Il virtuale non permette di elaborare e tradurre in vissuto esperienziale le informazioni e immagini che invadono la mente della persona.

È proprio nell’adolescenza che è necessario acquisire la differenza tra ciò che è reale e ciò che è bisogno, desiderio, aspirazione e di certo il virtuale non facilita questo passaggio; ciò vuole dire ritardare questa fase evolutiva fino all’età della maturità e non essere “pronti” quando questa si avvicinerà. I sentimenti sembrano estraniarsi in questi mondi virtuali dove la vita rimane “fuori”. Così Bille parla della società degli “sfiorati”, coloro che, nel profondo, non vengono toccati da nessuno e da nulla. Ma nonostante tutto ciò emerge il disagio spesso sotto forma di depressione, ritiro sociale e scarsa o precaria progettualità.

Il forte disagio è sicuramente causato da questa dimensione che si snoda in relazioni impalpabili dove l’Altro è una presenza solo virtuale. Una presenza fittizia che riesce a trasformare la rappresentazione cognitiva e affettiva dello spazio relazionale. Quando la comunicazione avviene con un Altro virtuale, l’altro si riduce a una sorta di “protesi”, che comunque non colma la solitudine emotiva di colui che manifesta, quale dipendenza patologica, quelli che oggi possiamo chiamare “sintomi digitali”.

I sintomi digitali riguardano le dipendenze da internet, da cellulare, gli insulti via web, il cyberbullismo, il sexting (invio di messaggi sessualmente espliciti), o le autocelebrazioni per atti violenti agiti su altri. Comunque si tratta sempre di sintomi associati a “un fuga nel virtuale”: isolamento fino a un grave ritiro dalle relazioni con la realtà esterna, depressione, illusorio onnipotente controllo sulla realtà, negazione e quindi non riconoscimento del proprio mondo emozionale (alessitimia). Ovviamente la solitudine emotiva diventa cronica fino all’esplosione “della solitudine parlante di fronte a uno screen”.

Bauman parla di “adolescenza liquida”. Ma la liquidità non ha forma se non è

contenuta e la sua forma è data dal contenitore. Così l'adolescente contemporaneo che non ha forti ma plastici contenitori, *in primis* genitoriali, preferisce vivere nel mondo del virtuale, dove ogni libertà è possibile e ognuno può trovare virtualmente una sua forma illusoria.

Cosa può fare il medico di medicina generale?

Per quanto riguarda la dipendenza da Internet, così come per tutte le nuove dipendenze già citate, è fondamentale che il medico possa interpretare i nuovi sintomi come le manifestazioni di una difficoltà relazionale, tra l'adolescente e la sua famiglia, che nasce nella realtà del loro rapporto e poi si trasferisce nel mondo digitale. Ne deriva che il medico di medicina generale potrà sollecitare i genitori a osservare e gestire i comportamenti 'difficili' del figlio interpretandoli non in una dimensione di devianza, ma in una visione positiva di crescita e evoluzione personale verso l'età adulta; potrà offrire informazioni sulle relazioni con la rete, potenziando un dialogo e una comunicazione efficace attraverso la discussione e lo scambio ponendosi con atteggiamento di mediazione e comprensione insieme, pur ben definendo i limiti per l'uso del mezzo stesso. È giusto fornire una visione propositiva e arricchente della rete, sottolineando le potenzialità positive per la crescita del ragazzo centrandolo anche su un utilizzo 'etico' focalizzato sulla responsabilità e sul rispetto dell'Altro. Non deve essere tutto lecito, come il cyberbullismo con diffamazione e distruzione degli Altri. Anche questo può essere un momento affettivo tra figli e genitori: occuparsi della vita virtuale dei propri ragazzi significa occuparsi del riconoscimento e trasparenza dei loro sentimenti etici e della loro crescita formativa.

Essere violenti nella realtà virtuale produce effetti concreti nella vita reale delle persone (pensiamo ai suicidi delle ragazze per la trasmissione collettiva di immagini intime).

Parlando della dipendenza da sostanze occorre introdurre un discorso che dovrebbe essere più ampio ma che siamo costretti a sintetizzare. È importante che il medico di medicina generale possa affrontare il tema delle tossicodipendenze senza giudicare, poiché i giovani hanno la sensazione di 'poter smettere quando vogliono', dove a prevalere è la razionalità e non è solo la curiosità della prima volta a mantenere la tossicodipendenza, quanto il voler proseguire, che cela motivazioni più profonde. Ogni dipendenza patologica nasce per nascondere una sofferenza più profonda e la droga sembra un tentativo di soluzione seppur destinato a fallire. Il medico deve essere consapevole che in realtà i ragazzi non assumono droghe per perdere l'equilibrio, ma proprio per cercare di mantenere una propria stabilità emotiva e congelare affetti penosi. 'Non è una rinuncia alla vita quanto

piuttosto l'unica vita che ritengono possibile'. Un atteggiamento giudicante è quindi da escludere, sostituito da un approccio sensibile ed empatico verso le emozioni 'congelate' del ragazzo. Parlare insieme di sentimenti di depressione, ansia, isolamento, del fatto di non piacersi, di avere difficoltà a relazionarsi con altri, della paura di perdere il controllo, delle modifiche impreviste e variabili dell'umore è utilissimo a non fare avvertire tutte queste dimensioni emozionali come pericolose ma avvicinabili sia dal medico che, soprattutto dal giovane stesso.

Gli adolescenti creano con la sostanza "un legame quasi affettivo e imparano attraverso i suoi effetti a sopportare i dispiaceri e i disagi della vita, semplicemente evitando di pensarci". Il medico deve essere consapevole che spesso gli adolescenti iniziano a usare le droghe per le difficoltà che hanno a gestire i legami con i pari e pensano così di poterli sostituire con sensazioni già provate che non fanno emergere angosce più profonde. È un modo per automedicarsi pur trattandosi di una pericolosa illusione.

Le droghe oggi sono tante e vengono usate con scopi diversi o in poliabuso. Il medico che condivide le informazioni sui vari effetti di droghe diverse e sul rischio delle vere e proprie abbuffate che a volte i giovani fanno, usando anche alcool e droghe sintetiche, può informarli in modo sensibile e vicino dei rischi che corrono con questi comportamenti. Seppur gli adolescenti non cercano la dipendenza dalle sostanze, ma ritengono di poter crescere e diventare autonomi, il medico può con tatto farli riflettere sui loro comportamenti che alla fine sono fortemente distruttivi. Nel poliabuso qualsiasi droga è sostituibile con un'altra, la cosa più importante in questo caso è solo perdere il controllo, "prima possibile e a qualsiasi costo".

Cosa può fare il medico di medicina generale per i genitori? È opportuno che indichi che l'ipercontrollare sempre e comunque è deleterio perché i ragazzi lo rifiutano vivendolo come eccessivo e quindi assolutamente negativo. È importante intervenire quando i genitori capiscono che "la droga non è uno strumento per fare esperienze diverse, ma diventa un modo permanente di vivere".

A quel punto l'informazione sui rischi deve essere puntuale così come l'aiuto del medico nel trovare le giuste motivazioni per specifici presidi terapeutici o l'organizzazione dell'invio in una comunità.

Conclusioni

Concludiamo la breve disanima sottolineando la necessità di prevedere progetti preventivi che devono prendere avvio già nei contesti scolastici, in considerazione soprattutto del fatto che alle vecchie e nuove dipendenze si avvicinano sia gli adolescenti che i preadolescenti. Tali interventi dovrebbero prevedere informazioni ai giovani sui rischi delle differenti tipologie di *addiction* e prevedere, al con-

tempo, colloqui di sensibilizzazione degli insegnanti verso questo problema. È molto importante, infine, avviare iniziative su possibili programmi di formazione e di informazione per gli operatori che, a vario titolo, sono attivi nelle strutture sanitarie e negli studi del medico di medicina generale. Ci sembrano, queste, iniziative necessarie affinché possano essere precocemente identificati quei segnali comportamentali che possono rientrare nei fattori di rischio.

Riferimenti bibliografici

American Psychiatric Association (2014): *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, ed. it. Biondi M. (a cura di), Raffaello Cortina Editore, Milano.

Bellio G., Croce M. (a cura di) (2014): *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, valutazione e trattamenti*. F. Angeli, Milano.

Bille C., Tagliaferro G., Volante M. (2015): *I nuovi adolescenti e la fuga nel virtuale. Genitori, educatori e insegnanti di fronte alle nuove tecnologie*. Edizioni Dehoniane, Bologna.

Busnelli E., Manzella A., Bressi C. (2017): *Disturbi correlati a sostanze e disturbi da addiction*. In Bressi C, Invernizzi G. "Manuale di psichiatria e psicologia clinica", 5 ed., McGraw Hill, Milano.

Castraberti F. (2017): *Liberarsi dalle dipendenze: capire e superare le dipendenze: scopri cosa le provoca e come guarirne*, kindle ed. CreateSpace Independent Publishing Platform, Scotts Valley.

Fina N. (2016): Comunicazione personale.

Tonioni F. (2015): *Gli adolescenti, l'alcol, le droghe. Come evitare ai nostri figli di cadere nella dipendenza*. Mondadori, Milano.

DOLORE MENTALE

Mario Fulcheri, Daniela Marchetti, Maria Cristina Verrocchio

Il dolore mentale è meno drammatico del dolore fisico, ma è più comune e anche più difficile da sopportare. Il tentativo di nascondere i frequenti dolori mentali ne aumenta il peso: è più facile dire "Il mio dente fa male" che dire "Il mio cuore è spezzato". C.S. Lewis

Il dolore se condiviso si dimezza. La gioia se condivisa si raddoppia. San Tommaso

Lieve è il dolore che parla. Il grande dolore è muto. Seneca

1. Definizione

Il dolore mentale è un concetto ampiamente utilizzato in psicologia clinica e psichiatria ed è stato estesamente considerato un fattore trasversale in psicopatologia. Nel corso degli anni il fenomeno del dolore mentale è stato descritto utilizzando diversi termini. Tra questi possiamo annoverare i costrutti di *dolore emozionale* o emotional pain, *dolore psichico* o psychic pain, *dolore psicologico* o psychological pain, psychache. Tali termini, seppur affini e/o complementari, corrispondono a differenti modelli teorici basati su altrettante differenti definizioni. Secondo Fleming il dolore mentale è un fenomeno "vivente" *al confine tra mente e corpo*, un' indefinita costellazione di sensazioni di desiderio, impotenza e angoscia per cui il paziente non trova le parole o le rappresentazioni.

Gli autori concordano nel definire il dolore psicologico come una sensazione perdurante, insostenibile e spiacevole, derivante da una valutazione negativa delle proprie capacità o da un' inadeguatezza del proprio sé. Il dolore insorgerebbe come esito di una valutazione cognitiva dove il sé si rivela deficitario. Questa valutazione generalmente è causata da esperienze individuali di *perdita* o di *impossibilità* di raggiungere un esito desiderato o un oggetto estremamente importante al fine di poter soddisfare un bisogno psicologico vitale.

È possibile individuare quattro caratteristiche principali del dolore mentale:

- La prima è la *persistenza*: il "vero" dolore mentale tende ad essere duraturo nel tempo, con oscillazioni di intensità.
- La seconda è l'*irreversibilità*: la persona avverte la sensazione di aver perso qualcosa di importante e/o di trovarsi di fronte ad un ineluttabile cambiamento "negativo", al quale non riesce a trovare soluzione.

- La terza è l'*insostenibilità*: la soglia di tolleranza al dolore mentale, pur nelle differenze individuali, si esaurisce se i tempi sono troppo prolungati.
- La quarta è l'*incomunicabilità*: generalmente il soggetto con dolore mentale ha difficoltà nel comunicare dettagliatamente la propria condizione di sofferenza.

Dalla letteratura clinica e di ricerca è possibile rilevare le principali situazioni che favoriscono l'insorgenza di una condizione di dolore mentale:

- La perdita di "qualcosa o qualcun".
- Il fallimento nel raggiungere un obiettivo; in questo caso la fonte del dolore è da ricercare nella distanza tra ciò che è percepito dall'individuo e il suo ideale di riferimento e si paleserebbe una discrepanza ideativa, ovvero una discordanza tra la rappresentazione dello stato reale del sé e la rappresentazione ideale del sé. Il primo stato è il risultato della percezione del singolo soggetto, il secondo è il frutto di fantasie, di esperienze passate o ricordi di un precedente stato di benessere.
- La frustrazione di alcuni bisogni vitali: il dolore psicologico può essere generato e alimentato dalla frustrazione, dal blocco o dalla neutralizzazione dei bisogni psicologici (tra questi ricordiamo i bisogni di supporto e di affiliazione, quelli di realizzazione e autonomia, di ordine e comprensione e di difesa). Per cui, un'intensa esperienza di frustrazione dei bisogni essenziali verrà espressa attraverso sentimenti negativi (senso di colpa, tristezza, umiliazione e paura) condensati in un unico stato emotivo.

Più recentemente, nel tentativo di integrare alcune sfaccettature delle principali concettualizzazioni del dolore mentale, è stata fornita una definizione "multidimensionale" del costrutto: un'esperienza dolorosa irreversibile, derivante dalla percezione di cambiamenti negativi del sé, accompagnata da intense emozioni e cognizioni negative (perdita di controllo, ferite narcisistiche, flooding o "inondazione emotiva", autoestraniazione, congelamento emotivo, confusione e vuoto); tale concettualizzazione ha consentito di ampliare la concezione di dolore mentale come condizione esistenziale di base, coinvolta nel normale processo di sviluppo e non solo come fattore di rischio per la salute. Secondo Bolger, infatti, il senso di frattura rappresenta in alcune occasioni un'opportunità di crescita per l'individuo. Questo aspetto risulta interessante per quanto riguarda l'operatività del medico come vedremo in seguito.

2. Conseguenze negative

Le tre principali conseguenze negative del perdurare di una condizione di dolore mentale sono di seguito brevemente descritte.

Il dolore mentale sembra possa contribuire all'insorgenza di un disturbo mentale. Gli individui che si trovano ad affrontare eventi di vita stressanti possono sperimentare un dolore psicologico tale da favorire, nel tempo, l'insorgenza sia di comportamenti di dipendenza, sia di depressione, sia di potenziali condotte autolesive.

Il dolore mentale può, inoltre, giocare un ruolo nell'insorgenza di alcuni disturbi fisici; numerosi dati derivati dagli studi di neuroimaging funzionale sembrano dimostrare un'analoga attivazione delle vie del sistema nervoso centrale tanto nel dolore fisico quanto in quello mentale, in particolare nell'ambito della corteccia prefrontale, del cingolato anteriore, dell'insula e del talamo.

Il dolore mentale pare, inoltre, comportare il rischio di ideazione e condotte suicidarie; tuttavia, tali eventualità risultano legate alla diversa soglia di tolleranza individuale al dolore stesso.

3. Valutazione

Per tutte le considerazioni sopra esposte, il dolore mentale costituisce una condizione di sofferenza che mette a dura prova il rapporto medico-paziente in ogni ambito (primo colloquio-valutazione diagnostica-percorso terapeutico). Di fronte a questo tipo di sofferenza il medico, come affermato già da Jung e brillantemente ridefinito da Lingiardi, “è chiamato in causa con tutto il suo essere”... se “si rinchiude nell'abito professionale come in una corazza, non ha efficacia”... “solo il medico ferito guarisce”... “c'è sempre un dolore che unisce, aldilà dei ruoli, medico e paziente”.

La concezione del “guaritore ferito” consente di valorizzare, nell'agire medico (aldilà del generico buon senso e/o dei consueti interventi supportivo-persuasivo-incoraggianti), le dimensioni della comprensione e dell'accoglimento (affiancando al concetto del “curare”, to cure, quello del “prendersi cura”, to care), attraverso indicazioni più precise e concrete, comprese peculiari domande volte a riconoscere i segni del dolore mentale, del tipo: *“Sente dolore mentale e una sofferenza che va oltre ciò che si può provare a volte nella vita? Come lo descriverebbe? Prova dolore sempre ogni giorno o meno frequentemente e in specifici momenti? C'è qualcosa che lo fa migliorare o peggiorare? Sente di voler morire quando lo prova?”*.

4. Il dolore mentale nel medico

Nell'adempire, da parte del medico di medicina generale, anche ad una funzione di contenimento e tolleranza nel contesto del rapporto con un paziente affetto da dolore mentale emerge, non solo dalla letteratura ma anche da specifiche analisi effettuate sui medici, quanto il curante possa essere “simile” al suo assistito

proprio perché anch'egli può essere "ferito" come il paziente e quindi sperimentare i sentimenti e le emozioni più dolorose legate al difficile passaggio tra salute e malattia, tra vita e morte.

Inoltre la sensazione ripetuta di non riuscire a ottenere i risultati desiderati con il corredo di sentimenti di impotenza e di inadeguatezza che accompagnano situazioni cliniche di difficile decifrazione può indurre a sperimentare tale dolore. La condizione logorante di esposizione continuativa alla sofferenza, i problemi di identificazione che possono insorgere nel contatto con una utenza molto varia, la pesantezza della responsabilità inerenti al compito e la paura dell'errore rappresentano un substrato che facilita l'insorgere del dolore mentale soprattutto quando situazioni cliniche particolarmente difficili si presentano in numero significativo nello stesso periodo. Però è anche vero che quando il medico è capace di tollerare tale dolore senza farsene invadere completamente e riesce, nonostante esso, a rispondere adeguatamente all'obiettivo di cura tale sofferenza può diventare una occasione di crescita professionale a condizione che sia in grado di individuarla senza negarla.

Riuscire a riconoscere anche il proprio dolore mentale anziché negarlo o minimizzarlo è estremamente importante per cercare di gestirlo in modo adattativo e lenirlo ad esempio attraverso misure pratiche come il non sovraccaricarsi quando lo si sperimenta, la condivisione della sofferenza con un collega amico e, soprattutto, con l'accrescimento delle competenze attraverso interventi di aggiornamento/formazione che aiutino sia l'elaborazione relativa al limite, sia la conoscenza di sé. Senza dimenticare che se il medico ha l'impressione di non riuscire ad occuparsi adeguatamente del difficile compito di aiutare un paziente affetto da dolore mentale o sta egli stesso soffrendo troppo può ricorrere ai colleghi specialisti.

Riferimenti bibliografici

- Bolger E.A. (1999): *Grounded theory analysis of emotional pain*. In "Psychotherapy Research", 9, 3, 342-362, doi:10.1080/10503309912331332801.
- Ercolani M., Pasquini L. (2007): *La percezione del dolore*, Il Mulino, Bologna.
- Fleming, M. (2006). *Distinction between mental pain and psychic suffering as separate entities in the patient's experience*. In "International Forum of Psychoanalysis", 15, 4, 195-200, doi: 10.1080/08037060500522754.
- Mee S., Bunney B.G., Reist C., Potkin S.G., Bunney W.E. (2006): *Psychological pain: A review of evidence*. In "Journal of Psychiatric Research", 40, 8, 680-690, doi:10.1016/j.jpsychires.2006.03.003.

- Meerwijk E.L., Weiss S.J. (2011): *Toward a unifying definition of psychological pain*. In "Journal of Loss and Trauma", 16, 5, 402-412, doi: 10.1080/15325024.2011.572044.
- Orbach I., Mikulincer M., Gilboa-Schechtman E., Sirota P. (2003): *Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning*. In "Suicide and Life-Threatening Behavior", 33, 3, 231-241, doi: 10.1521/suli.33.3.231.23213.
- Orbach I., Mikulincer M., Sirota P., Gilboa-Schechtman E. (2003): *Mental pain: a multidimensional operationalization and definition*. In "Suicide and Life-Threatening Behavior", 33, 3, 219-230, doi: 10.1521/suli.33.3.219.23219.
- Shneidman E.S. (1993): *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behaviour*. Jason Aronson, Northvale.
- Tossani, E. (2013). *The concept of mental pain*. In "Psychotherapy and Psychosomatics", 82, 67-73, doi: 10.1159/000343003.
- Tossani E., Ricci Garotti M.G., Mikulincer M., Giovagnoli S., Calzolari G., Landi G., Grandi, S. (2019): *Psychometric evaluation of the Italian version of Orbach & Mikulincer mental pain scale in a non-clinical sample*. In "Current Psychology", latest articles, doi: 10.1007/s12144-019-0128-4.
- Verrocchio M.C., Carrozzino D., Marchetti D., Andreasson K., Fulcheri M., Bech P. (2016): *Mental pain and suicide: A systematic review of the literature*. In "Frontiers in Psychiatry", 7, 108, doi: 10.3389/fpsy.2016.00108.

IPOCONDRIA

Lorenzo Gammino, Marco Menchetti

Il solo vero partner dell'ipocondriaco è il suo corpo e gli altri, medico compreso, sono comparse.
Arthur Tatossian

Definizioni e descrizione

L'ipocondria viene definita nel celebre dizionario psicologico di Galimberti come *“una preoccupazione immotivata per le proprie condizioni di salute, accompagnata da disturbi fisici e stati di angoscia e depressione”*. Si tratta di una situazione clinica caratterizzata da attenzione eccessiva, sproporzionata e persistente verso la malattia, così che nell'ultima versione del Diagnostic and Statistical Manual (DSM) of mental disorders, è stato introdotto l'eloquente diagnosi di *“illness anxiety disorder”*. Come efficacemente riporta Cazzullo, *“l'ipocondria consiste nella sensazione che il benessere psicofisico sia minacciato da qualcosa di ignoto; il paziente teme di essere malato e per tale motivo soffre e si affligge. Dunque l'ipocondriaco è il malato immaginario per la medicina somatica che diventa paziente reale per la psichiatria”*. Questo problema sembra essere comune nella popolazione generale con una prevalenza del 5% ed è ancora più frequente in coloro che si recano nell'ambulatorio del proprio medico di famiglia con una stima di casi raddoppiata al 10%. Alcuni autori sottolineano come l'ipocondria sia in aumento in conseguenza della crescente tendenza a navigare in Internet per informarsi sui temi della salute e per questo è stato coniato il neologismo *“cybercondria”*.

La convinzione di avere una malattia si può esprimere nelle forme più diverse sia da un punto di vista *qualitativo* che *quantitativo*. Dal punto di vista qualitativo, l'ipocondria si può palesare nella convinzione di avere una specifica malattia, una malattia ignota ancora da scoprire, più malattie simultaneamente o in momenti diversi. Spesso si può trattare di una neoplasia dell'apparato gastrointestinale o del sistema nervoso centrale, di una cardiopatia oppure di una malattia degenerativa. Invece, da un punto di vista quantitativo, possiamo individuare la presenza di un *continuum* che va da un più blando *“atteggiamento ipocondriaco”*, inteso come reazione transitoria con preoccupazioni di lieve entità, ad una convinzione delirante incoercibile e imperturbabile ad ogni confutazione, inclusi esami di laboratorio o indagini di imaging risultati negativi. Nella maggior parte dei casi la preoccupazione, seppur forte e associata a significativa sofferenza soggettiva, rimane critica-

bile e non completamente inaccessibile al confronto; nel corso del tempo si può osservare un decorso fluttuante con alternanza fra fasi prolungate di intensa angoscia e altre in cui l'inquietudine si attenua. In tutti i modi, il timore per la perdita dalla salute può arrivare ad essere costantemente al centro dei pensieri del paziente mentre al contempo si riducono gli altri interessi (il lavoro, la famiglia, la socialità): si ben comprende come questo possa rappresentare uno stato logorante e invalidante con pesanti ricadute sui comportamenti e sulle abitudini di vita nonché sul contesto ambientale.

Alcuni pazienti ipocondriaci presentano un evitamento di visite mediche e ospedali, altri invece diventano alti utilizzatori di servizi sanitari con motivazioni a volte diverse. In particolare, i pazienti ipocondriaci tipici ricercano nei contatti con il medico la conferma della malattia di cui ritengono essere affetti mentre altri temono di essere malati (patofobici) e ricercano nelle visite e negli esami la rassicurazione di non avere una malattia. Entrambe le tipologie possono richiedere consultazioni reiterate di medici e specialisti, nella speranza che finalmente il proprio caso possa ricevere l'adeguata attenzione e cura. Di conseguenza è più comune che queste situazioni si incontrino in medicina generale, nella specialistica ambulatoriale oppure nel pronto soccorso dell'ospedale mentre accedono più raramente e con molta resistenza ai servizi di salute mentale presenti sul territorio.

Le preoccupazioni circa il proprio stato di salute possono derivare dall'osservazione apprensiva di normali funzioni vitali (battito cardiaco, peristalsi intestinale), dalla presenza di segni o sintomi comuni e aspecifici (tachicardia, bruciore allo stomaco) o anche da una vasta gamma di sensazioni corporee abnormi (cenestopatie) alle quali il paziente presta eccessiva attenzione. È opportuno precisare che tali sensazioni aumentano in presenza di ansia e non sono prodotte intenzionalmente né sono sottoposte al controllo della volontà. Le sensazioni corporee accusate dai pazienti sono a carattere più penoso e molesto che doloroso: i cosiddetti ipocondriaci ne accusano una varietà infinita che comprende banali capogiri, sbandamenti, disturbi visivi, formicolii, oppure, come sottolinea Duprè, sono *“sensazioni più complesse e bizzarre... come parti del corpo rimpicciolite, ingrandite, appiattite, gonfiate, rinsecchite, raggrinzite, spostate, modificate et cetera”*. In questa condizione quindi più che il tipo di sintomo di per sé appare importante la modalità di interpretazione e di presentazione dello stesso, che talvolta viene descritto per mezzo di colorite metafore e analogie come ad esempio: “è come se i miei reni fossero di pietra”, “è come se avessi un ingorgo allo stomaco”.

Il modello cognitivo-comportamentale considera il nucleo fondamentale dell'ipocondria un'errata attribuzione di significato patologico a sensazioni somatiche (para)fisiologiche. L'eccessiva attenzione alle sensazioni corporee fa sì che queste,

come in un circolo vizioso, si amplifichino finché tutta l'energia del soggetto viene assorbita in un abnorme ascolto di un corpo sentito come "malato" e vissuto come un oggetto assillante e pericoloso, che deve essere costantemente ascoltato, monitorato, sorvegliato. Il corpo che serve per vivere diventa così una sorta di prigioniero in virtù della quale l'ipocondriaco si ritira dal mondo e dalle relazioni interpersonali. La malattia può divenire così un elemento centrale non solo dell'identità e dell'immagine di sé dell'individuo ma anche della sua vita familiare e sociale. Un certo numero di altri fattori può contribuire all'insorgenza di sintomi ipocondriaci. Sono state chiamate in causa sia la vulnerabilità genetica e biologica (nei termini di una aumentata sensibilità al dolore), sia esperienze di apprendimento precoci, in base alle quali l'acquisizione del ruolo del malato comporterebbe per l'individuo tutta una serie di vantaggi primari e secondari. Influiscono certamente le norme sociali vigenti, in particolar modo se svalutano e stigmatizzano la sofferenza psicologica rispetto alla sofferenza fisica; in questo contesto, alcuni individui adotterebbero prevalentemente uno "stile somatico" per esprimere la propria sofferenza psichica. Anche l'aspetto culturale è rilevante: la presentazione al medico di sintomi fisici rispetto all'espressione del disagio emotivo sembrerebbe caratterizzare alcune culture africane e asiatiche. Infine, è molto comune adottare un atteggiamento ipocondriaco nel contesto di una malattia fisica: uno dei fattori scatenanti più comuni è rappresentato dal fatto che una malattia insorga all'improvviso; si pensi ad esempio all'eventualità di un infarto del miocardio il quale, anche se trattato con successo, potrebbe indurre nel paziente una polarizzazione ansiosa più o meno grave sul rischio di un nuovo episodio di malattia.

Sviluppo storico

Il termine ipocondria deriva dal greco e alla lettera significa sotto la cartilagine del diaframma costale, ovvero "sotto le coste", denominazione per la zona superiore dell'addome. Il termine indicava dunque un disturbo che si riteneva essere localizzato nella fascia addominale; già nel II secolo d.C. era utilizzato nell'ambito della dottrina ippocratica degli umori, secondo la quale la condizione di salute o malattia, fisica o mentale, era la risultante dell'equilibrio o dello sbilanciamento di quattro umori (bile nera, bile gialla, sangue e flegma). Poiché nella scuola ippocratica la sede delle passioni e dei sentimenti era addominale, nel "male degli ipocondri" veniva intravisto uno squilibrio delle passioni causato da una particolare disfunzione degli organi di quella sede. Per Ippocrate si trattava di un disturbo cronico con sintomi a carico dell'apparato digerente, con dispepsia, dolori addominali, vomito, eruttazioni e inappetenza. Il malato *"avverte dolori in tutto il corpo, sente delle punture nei visceri, è ansioso e triste, fugge la luce e gli uomini, ha sempre*

paura; dorme male e ha sogni spaventosi con immagini terrificanti; è un disturbo molto difficile da curare". Galeno (131-201 d.C.) introdusse il termine "ipocondria" riferito ad una malattia nella quale l'eccessiva preoccupazione per la salute compariva come sintomo accessorio, mentre il nucleo centrale era rappresentato da manifestazioni melanconiche. Tale impianto teorico rimase valido sino al 17° secolo. Burton (1577-1640) fece riferimento all'ipocondria come "*ad un insieme di sintomi talmente ambigui da rendere difficile l'individuazione dell'organo coinvolto anche ad un medico esperto*", sottolineando pionieristicamente la misteriosità e l'eterogeneità dell'espressione sintomatologica del disturbo.

Solo nel 18° secolo l'ipocondria venne annoverata tra i disturbi del "sistema nervoso" da Willis e Sydenham: l'ipocondria è nevrosi maschile, mentre l'isteria è soprattutto femminile. La base dell'ipocondria sarebbe un "*temperamento malinconico*"; i sintomi sono paura, tristezza e ansia precordiale; la malattia è simile alla malinconia, ma "tramite il nervo vago, si diffonde ai visceri" causando sintomi vegetativi, che hanno dato luogo al nome e alla identificazione tassonomica.

Nel 19° secolo si afferma in psichiatria (e in medicina) il modello anatomico-clinico delle malattie, che può essere sinteticamente riassunto nella frase di Griesinger "*la malattia mentale è malattia del cervello*". Si impone dunque l'esigenza di descrivere e classificare i disturbi psichici, in virtù della quale l'ipocondria viene scissa in due entità: una forma delirante (*hypocondria maior*) e una forma nevrotica (*hypocondria minor*). Si affaccia inoltre il problema riguardante la posizione nosografica dell'ipocondria, considerata da taluni entità "autonoma" e da altri come sintomo trasversale presente nelle più diverse situazioni cliniche (sindromi depressive, sindromi fobico-ossessive, fasi premorbuse di quadri schizofrenici).

Successivamente, con l'affermarsi del modello psicomodinamico, Freud individua poi la categoria delle "nevrosi attuali", ovvero le nevrosi causate da conflitti attuali, differentemente dalle psiconevrosi, che sono invece causate da complessi di origine infantile; tale categoria include come singole entità cliniche l'ipocondria, la nevrosi d'angoscia e la nevrastenia. Le "parestesie e le penose sensazioni somatiche" tipiche dell'ipocondriaco deriverebbero, in questo modello, da un accumulo di eccitazione libidica non elaborata psichicamente; i sintomi sarebbero perciò privi di significato simbolico e pertanto non analizzabili. Questo orientamento è stato peraltro rivisto nel tempo dagli psicoterapeuti di scuola psicoanalitica e oggi l'ipocondria viene considerata una condizione trattabile.

Nel DSM-III (1980), partendo dalle definizioni contenute nelle sue precedenti versioni di nevrosi "isteriche" e "ipocondriache", viene sviluppata la categoria dei disturbi somatoformi, che comprende un gruppo di patologie accomunate dalla presenza di lamentele somatiche senza alcuna base organica dimostrabile. L'ipo-

condria figura all'interno di tale categoria per quanto riguarda la sua espressività di minore entità. Nel più recente DSM-V, il costrutto viene scisso in due entità distinte a seconda della presenza o meno di sintomi somatici. Viene in tal modo riproposta una distinzione suggerita più di un secolo prima da Kraepelin tra *hypochondria* cum materia, ovvero con disturbi reali ma sopravvalutati (oggi disturbo da sintomi somatici), e *hypochondria* sine materia, senza base oggettiva (oggi disturbo d'ansia di malattia).

Considerazioni diagnostiche

Dalle vicissitudini storiche del concetto di ipocondria emerge come questa sia stata considerata sia una entità "autonoma", sia un sintomo presente in diverse situazioni cliniche con diversa prognosi. Il quesito, tutt'ora dibattuto, può essere efficacemente riassunto nella formula "l'ipocondria è un sintomo o una sindrome, un nome o un aggettivo?". A prescindere da queste considerazioni, la prima diagnosi differenziale da considerare è quella con una sottostante condizione medica. In generale, essere affetti da un disturbo psichico non esclude né protegge dall'insorgenza di una patologia fisica in comorbidità. Anche la presenza di una diagnosi medica non esclude l'ipocondria qualora l'ansia sia chiaramente sproporzionata alle conseguenze prevedibili alla prognosi generale.

Ricordiamo, in seconda battuta, che un atteggiamento ipocondriaco può rappresentare una condizione temporanea e reattiva a gravi stress. Il paziente appare polarizzato sulle funzioni somatiche, lamenta disturbi e dolori che, anche quando è presente una reale spina irritativa, appaiono largamente amplificati ed esasperati. Tale atteggiamento potrebbe manifestarsi reattivamente a situazioni nelle quali l'individuo prende contatto con la paura di morire o quella di soffrire. Ad esempio, venire a conoscenza di una malattia a prognosi infausta in una persona del suo contesto ambientale potrebbe comprensibilmente innescare un'auto osservazione ansiosa del proprio corpo nel timore di andare incontro alla medesima sorte; non stupisce dunque che l'atteggiamento ipocondriaco sia più comune nella senilità che nelle altre età della vita.

Quando l'ipocondria è un sintomo e non una sindrome, nella maggior parte dei casi si manifesta in relazione a disturbi dell'umore o disturbi d'ansia. L'insorgenza di sintomi ipocondriaci può essere in relazione con un episodio depressivo e del resto, fin dalle primissime descrizioni, l'ipocondria è stata associata alla tristezza ed alla malinconia. Tradizionalmente, con l'antica dizione di depressione "ipocondriaca" o "mascherata", venivano indicati alcuni quadri clinici in cui sintomi depressivi propriamente detti sono oscurati dalla presentazione somatica della malattia; rispetto alla tristezza e all'anedonia prevalgono i dolori e i malesseri del

corpo con polarizzazione ideativa dell'individuo sulle proprie condizioni di salute e timore di malattie fisiche. Forme di presentazione somatica del dolore depressivo possono essere più frequenti nell'anziano e in individui provenienti dal subcontinente indiano e africano in situazioni con abbassamento o perdita dell'autostima. Talvolta, nel disturbo depressivo, l'ideazione ipocondriaca assume caratteristiche deliranti; in questo ambito le tematiche vanno dal semplice malf funzionamento di un organo alla mancanza di parti del corpo.

Occorre distinguere chiaramente alcune presentazioni in cui è più coinvolto il piano ideativo con scarso coinvolgimento somatico. Ad esempio preoccupazioni con tematiche di contaminazione proprie del Disturbo Ossessivo-Compulsivo; in questo contesto è presente non tanto il timore di avere una malattia, ma la paura eccessiva e irrazionale di ammalarsi dopo esposizione ad agenti infettivi o inquinanti oppure di far ammalare qualcun altro tramite contagio. Questo tipo di ideazione ossessiva si accompagna a rituali di lavaggio e condotte di evitamento molto specifiche, volte a scongiurare tali paure. Preoccupazioni ipocondriache possono osservarsi anche nei disturbi dello spettro schizofrenico e possono raggiungere un'intensità delirante (antica dizione di *hypochondria major*); in queste gravi situazioni i pazienti non ammettono la possibilità che la malattia temuta non sia presente, cosa che spesso accade invece nelle situazioni descritte in precedenza. Per completezza va ricordato che timori ipocondriaci aspecifici e meno pervasivi si possono presentare nella fase prodromica della schizofrenia, quando ancora non si è sviluppata la piena espressività di questa malattia; si tratta generalmente di preoccupazioni vaghe e bizzarre alle quali il paziente aderisce in maniera parziale.

Il paziente ipocondriaco in ambulatorio

In prima battuta il trattamento dei pazienti ipocondriaci coinvolge il medico di medicina generale, punto di accesso e orientamento per tutti i problemi di salute. Tuttavia, ci sono contatti anche con numerosi altri specialisti in relazione alla tipologia di sintomi manifestati. Il rapporto con il medico si declina usualmente fra numerosi ostacoli con evitamento di diagnosi confortanti, di cure considerate scontate, di prognosi favorevoli. Di fronte al medico solitamente questi pazienti si presentano esibendo vari referti e, quando interrogati, danno risposte-fiume descrivendo con dovizie di dettagli i sintomi di cui sono affetti e infastidendosi se interrotti o invitati ad essere coincisi. La convinzione di essere malati resiste spesso nonostante l'esito negativo degli esami effettuati, il decorso benigno dei disturbi e le sollecite rassicurazioni del medico. È dunque possibile affermare che, accanto alla tendenza a consultare le figure mediche, vi sia una certa riluttanza ad accettarne i responsi con ricerca di nuove consultazioni e pellegrinaggi verso altri sanitari.

In molti casi l'atteggiamento rispetto al medico è caratterizzato da una subdola diffidenza e sospettosità: il paziente ipocondriaco coltiva in cuor suo dubbi su competenza, solerzia, coscienziosità e interesse del medico, spesso giudicati inappropriati e talvolta oggetto di aperte svalutazioni. Come giustamente sottolinea Tatossian *“l'incontro fra l'ipocondriaco e il medico ha dunque alla sua base un malinteso perché il primo si aspetta dal secondo tutt'altra cosa che una riparazione del suo corpo. Il medico non è richiesto come guaritore e riparatore, ma come testimone, come spettatore strettamente ridotto alla sola funzione visiva”*. Facilmente il medico, di fronte a tale tipologia di pazienti, può adottare strategie poco efficaci sul lungo termine: potrebbe, sulla scia dell'insofferenza e della frustrazione, rapidamente derubricare i sintomi descritti come non gravi e dunque non meritevoli di ulteriori approfondimenti diagnostici; oppure, messo in scacco dal paziente sul margine d'incertezza presente in qualsiasi responso, potrebbe colludere con le richieste di ulteriori indagini in una spirale virtualmente senza fine. Talvolta, invece, potrebbe venire “sedotto” dall'unicità della presentazione clinica e prescrivere più di quanto ragionevole.

Cosa può fare il medico di medicina generale?

Per quanto possibile il curante dovrebbe mantenere un atteggiamento di ascolto e limitare le pratiche di consultazione specialistica ripetuta. A tal scopo, un'accurata raccolta sia dell'anamnesi medica che della storia di vita risulta fondamentale nel tentativo di aiutare i pazienti a spostare l'attenzione dal disagio fisico a quello emotivo. Paradossalmente occorre che il medico, se intende avere la meglio su resistenze tenaci alla guarigione, non si predisponga a curare (esclusivamente) il male messo in mostra, ma sposti l'attenzione su altri aspetti, attraverso una conversazione terapeutica che distraga l'interlocutore dalle sue riflessioni sul corpo. Così facendo, si individuano sovente eventi psicologici di una certa rilevanza, per verbalizzare i quali ai pazienti dovrebbe essere concesso uno spazio di ascolto e di agio emotivo. Questo tipo di pratica, per quanto apparentemente non complessa, viene tuttavia spesso disattesa, anche in virtù di quella spirale di risentimento e frustrazione reciproca che facilmente si instaura tra medico e paziente ipocondriaco. Andrebbero anche evitate facili e precoci rassicurazioni sulla benignità dei sintomi presentati, in quanto lasciano in un paziente di per sé già guardingo la sensazione di non essere stato preso sul serio. Per consolidare l'alleanza terapeutica, il curante dovrebbe proporre appuntamenti periodici ad intervalli regolari, utili allo scopo di rassicurare i pazienti sul fatto di non essere trascurati e, per quanto possibile, evitare procedure diagnostiche e terapeutiche non necessarie.

Gli ipocondriaci, poiché individuano nel corpo l'unica fonte dei loro problemi,

difficilmente ritengono utile interfacciarsi con professionisti della salute mentale. L'incontro con lo psichiatra è spesso sgradito in quanto considerato un passaggio inutile oppure un invio determinato dalla sfiducia in lui e nei suoi resoconti. Il medico curante può riuscire a far accettare al paziente l'invio a specialisti suggerendo che potrebbe essere utile ridurre lo stress o trattare alcuni sintomi come l'agitazione, l'insonnia o la mancanza di energie. In molti casi la gestione del paziente può richiedere una forte integrazione fra professionisti, declinandosi in modalità diverse a seconda della gravità del quadro clinico (vedi tabella 1).

Tabella 1. Differenti presentazioni dell'ipocondria e modalità di gestione clinica

Presentazione dei sintomi	Livello di intervento
Atteggiamento ipocondriaco (reattivo, di lieve entità, transitorio)	Gestione prevalente del MMG.
Ipocondria come disturbo autonomo	Collaborazione tra MMG che rimane riferimento principale e specialista (psicologo, psichiatra).
Ipocondria come sintomo di altro disturbo mentale	Consulenza o episodio di cura in ambito specialistico.
Depressione Maggiore	Condivisione del caso con MMG.
Disturbo d'Ansia	
Stato mentale a rischio di psicosi	
Ipocondria delirante	Presa in carico a lungo termine del CSM. Informazioni sul decorso del caso per il MMG.
Depressione Maggiore con sintomi psicotici	
Disturbo Delirante, Tipo Somatico	
Schizofrenia (fase prodromica, fase attiva)	

Lista delle abbreviazioni: MMG=medico di medicina generale; CSM=Centro di Salute Mentale

Le opzioni terapeutiche farmacologiche riflettono a loro volta ampia eterogeneità: a seconda del quadro clinico nel quale il sintomo si esprime ci si può avvalere di farmaci a valenza ansiolitica, antidepressiva o antipsicotica. Ad esempio, l'impiego di farmaci antidepressivi risulta indicato qualora si evidenzino sintomi depressivi o ansiosi di entità significativa con impatto sul funzionamento; invece, qualora l'ansia di malattia si presenti in forma lieve o come condizione temporanea, possono risultare efficaci temporanee terapie ansiolitiche a basso dosaggio. Talvolta la gravità del quadro clinico e la presenza di disturbi del pensiero possono motivare il ricorso a combinazioni di più classi farmacologiche incluso l'impiego di farmaci antipsicotici: in questi casi è opportuna una consulenza specialistica e un monitoraggio di esiti ed effetti collaterali. A prescindere dal principio prescritto, è opportuno considerare che i pazienti ipocondriaci sono tendenzialmente farmacofobici e, date le caratteristiche del disturbo, sovente accusano una grande varietà

di effetti collaterali che attribuiscono alle terapie intraprese. Per tale motivo può essere utile iniziare con dosaggi inferiori rispetto allo standard e aumentare molto gradualmente la posologia del farmaco, compatibilmente con la tollerabilità dello stesso.

Alcune evidenze dimostrano che il trattamento psicoterapico sia altrettanto efficace rispetto al trattamento farmacologico. La letteratura disponibile sottolinea l'efficacia di interventi di psicoterapia ad indirizzo cognitivo-comportamentale, realizzati sia per mezzo di incontri individuali che di gruppo, e della psicoterapia interpersonale, la quale pone particolare attenzione alle conseguenze relazionali del disturbo. A prescindere dal tipo di orientamento psicoterapico e da considerazioni di natura "tecnica", è opinione condivisa che, per tale impegnativa categoria di pazienti, la qualità della relazione è assai più importante della scomparsa dei sintomi, che anzi sembrano aumentare e aggravarsi ogni qualvolta si verifica un'inclinatura nella relazione con il curante.

In conclusione, l'ipocondria richiede la definizione di un programma terapeutico articolato e a lungo termine nel setting della medicina generale con l'obiettivo di instaurare una relazione medico-paziente supportiva, di ridurre lo stress e di fornire elementi per affrontare i sintomi in maniera appropriata. La prescrizione di farmaci deve essere cauta e ragionata con obiettivi chiaramente esplicitati al paziente, cercando di evitare complicità iatrogene. Gli interventi psicoterapeutici sono riservati a una minoranza di casi: si tratta soprattutto di soggetti motivati e interessati nelle fasce di età più giovani.

Riferimenti bibliografici

- Galimberti U. (1992): *Dizionario di psicologia*. UTET, Torino.
- American Psychiatric Association (2013): *DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Cazzulo C.L. (1993): *Psichiatria*. Micarelli, Roma.
- Sunderland M., Newby J.M., Andrews G. (2013): *Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use*. In "The British journal of psychiatry", 202, 1, 56-61, doi:10.1192/bjp.bp.111.103960.
- Tyrer P. (2018): *Recent Advances in the Understanding and Treatment of Health Anxiety*. In "Current Psychiatry Reports", 20, 49, doi:10.1007/s11920-018-0912-0.
- Rossi A. (a cura di) (2006): *Trattato italiano di psichiatria. 5. Psichiatria e neuroscienze*. Elsevier, Milano.

- Muscattello C.F., Scudellari P., Grossi A., Isola N. (2000): *Struttura antropoanalitica dell'ipocondria. I Parte. Per una specificità strutturale dell'ipocondria*. In "Psichiatria generale e dell'età evolutiva", 47, 4, disponibile all'indirizzo <http://www.psychomedia.it/pm/modpsy/psypat/ipocondria-1.htm>.
- Cooper K., Gregory J.D., Walker I., Lambe S., Salkovskis P.M. (2017): *Cognitive Behaviour Therapy for Health Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis*. In "Behavioural and Cognitive Psychotherapy", 45, 110-123.
- Merini A., Malaffo L., Salvatori F. (2008): *Il bianco e il nero. Esperienze di etno-psichiatria nel servizio pubblico*. CLUEB, Bologna.
- Cassano G.B., Pancheri P. (1992): *Trattato italiano di psichiatria*. Elsevier, Milano.
- Maj M., Maggini C., Siracusano A. (a cura di) (2009): *Lessico di psicopatologia*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Lipowski Z.J. (1988): *Somatization: the concept and its clinical application*. In "American Journal of Psychiatry", 145, 1358-1368.
- Gabbard G.O., Madeddu F. (2015): *Psichiatria psicodinamica*. Raffaello Cortina, Milano.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*.
- Sims A., Oyeboode F. (2009): *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*. Raffaello Cortina, Milano.
- Sadock B.J., Sadock V.A., Ruiz P. (2011): *Study Guide and Self Examination Review in Psychiatry*. Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia .
- Abramowitz, J. S. & Braddock, A. E. *Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder*. Psychiatr. Clin. North Am. 29, pp. 503-519. (2006).
- Khare, S. & Srivastava, M. N. Validity of Current Treatment Protocols to Overcome Hypochondriasis. J. Clin. Diagn. Res. JCDR 11, VE01-VE04 (2017).
- Starcevic, V. *Hypochondriasis: treatment options for a diagnostic quagmire*. Australas. Psychiatry Bull. R. Aust. N. Z. Coll. Psychiatr. 23, pp. 369-373. (2015).
- Stuart, S. & Noyes, R. Treating Hypochondriasis with Interpersonal Psychotherapy. J. Contemp. Psychother. 35, pp. 269-283. (2005).
- Albarracin, D. Narcissism and Object Relations in Hypochondria. Psychoanal. Rev. 102, pp. 483-502. (2015).

P_{AURA}

Daniela Bolelli

Spesso la paura di un male ci conduce a uno peggiore. Nicolas Boileau

Allorché una paura è stata estrema e terribile, il trovarsela ad un sol tratto scemata di due terzi fa sì che il terzo rimanente si chiama e si reputa un nulla. Vittorio Alfieri

La paura come si definisce

La paura è uno stato emotivo che dipende dalla percezione di stimoli interni o esterni e dalla valutazione, formulata sulla base sia dell'esperienza sia dell'educazione, che essi rappresentino un possibile pericolo. Può essere una situazione reale a determinarla, ma essa può essere evocata anche sulla base di un ricordo o prodotta in relazione ad una fantasia. Naturalmente la capacità di valutazione dipenderà dal livello di maturazione del soggetto. Ad esempio sappiamo che la paura degli estranei insorge nel bambino intorno al sesto mese per la maggiore capacità che egli ha di discriminare; la paura del buio e degli animali difficilmente compare prima di un anno e mezzo.

Potenzialmente tutto può incutere paura sia che provenga dall'esterno, sia che provenga dall'interno di noi. Nel primo caso possono essere oggetti inanimati e animati, eventi, tutti i fenomeni della realtà, nel secondo caso si può trattare di percezioni interne di altre emozioni e dei nostri processi di pensiero come le fantasie, le previsioni e così via.

Paure innate e paure apprese

Certe paure sono tendenzialmente innate, come quelle legate a stimolazioni intense tipo il dolore o il forte rumore, oppure alla presenza improvvisa di oggetti, persone o eventi completamente nuovi che non sappiamo come affrontare e dai quali non sappiamo che cosa possiamo aspettarci. Anche le situazioni di pericolo per la sopravvivenza e l'evoluzione (ne sono esempio l'altezza, il buio, la solitudine) e quelle in cui gli animali o gli altri esseri umani mostrano atteggiamenti aggressivi ci suscitano paura.

Ma accanto a queste paure tendenzialmente innate vi è poi una grande quantità di paure apprese che dipendono dall'esperienza e dall'educazione. L'esperienza è rappresentata da tutte le situazioni vissute in precedenza che si sono rivelate pericolose o dolorose, l'educazione riguarda tutti quei messaggi ricevuti in ambito

familiare e sociale allargato che ci hanno convinto della pericolosità di non importa quale oggetto, animale, persona o comportamento proprio o altrui. La paura della malattia è a cavallo tra il timore per la minaccia alla sopravvivenza, che è dato dalla reale pericolosità dell'evento morboso e dal significato che esso assume nel mondo interno fantasmatico, e la paura indotta dall'educazione ricevuta rispetto alle possibilità di ammalarsi.

La paura è un fattore importante per lo sviluppo

È importante sapere che le paure e la loro gestione sono fondamentali nel processo di sviluppo dell'uomo ed è necessario confrontarsi con esse per crescere e raggiungere un adeguato livello di adattamento. L'esperienza di provare la paura e di cercare di combatterla aiuta il bambino a sviluppare le funzioni di controllo e la fiducia nelle proprie forze rafforzando il carattere e la stima di sé. È evidente che questo è possibile se le paure sono commisurate alle forze. Inizialmente sarà la madre ad aiutare il bambino a tollerare la paura. Lo può fare se prima si sintonizza con questo suo stato emotivo, e quindi lo calma sia attraverso un contatto corporeo che gli trasmette benessere, sia comunicandogli la sensazione di tollerabilità di quell'emozione attraverso il proprio stato mentale meno spaventato. Questa comunicazione avviene in massima parte attraverso il linguaggio non verbale, in particolare attraverso lo stato muscolare deteso, il tono della voce pacato e il modo accogliente e tranquillo di tenerlo in braccio. Successivamente quando il bambino è più grandicello vi sarà la trasmissione di principi educativi inerenti alla paura che possono essere fortemente differenziati a seconda della ideologia del genitore.

Nella complessa relazione con il paziente il medico, come la madre con il bambino, deve farsi carico della gestione della paura del paziente con modalità analoghe. Deve farlo perché, come ha brillantemente espresso V. Alfieri ed è stato riportato in premessa, ridurre in gran parte la paura aiuta chi la prova a considerarla poca cosa. Fare questo è tra i principali compiti terapeutici e il medico può svolgerlo, proprio come la madre con il figlio, innanzitutto sintonizzandosi con lo stato emotivo del paziente per poi offrirgli una posizione emozionale di maggior tranquillità perché permeata da una minor paura. Ma per questa sintonizzazione è necessario il riconoscimento di una tale emozione nel malato che non sempre la esprime con le parole, ma sempre la comunica attraverso il linguaggio del corpo. Sapere che la paura si esprime prevalentemente in maniera non verbale è importante perché anche quella del medico segue questa via e pertanto è percepibile dal paziente.

Come viene comunicata la paura

Ricordiamo che, soprattutto i pazienti maschi, è difficile che ammettano di provare paura per motivi culturali. Nella nostra società la paura è un sentimento spesso vissuto con vergogna perché considerato segno di debolezza e quindi taciuto. In realtà possiamo mentire con le parole, mentre è molto più difficile farlo con il corpo e in questo caso la comunicazione passa prevalentemente attraverso il linguaggio preverbale. La paura infatti determina tutta una serie di reazioni corporee che la denunciano, reazioni organiche che investono praticamente tutti gli organi. La prima riguarda l'espressione della faccia che è tipica con le seguenti caratteristiche più o meno marcate: la bocca è semi aperta con gli angoli volti all'ingiù gli occhi sono sbarrati (cioè aperti e fissi), le sopracciglia sono corrugate e tutti i muscoli facciali sono in tensione. È un'espressione che è comune in tutte le culture, facilmente riconoscibile, che incute a sua volta paura. Infatti una funzione della paura è anche quella di avvertire i propri simili che c'è un pericolo. Ma poiché la paura ha la funzione di preparare l'organismo di chi la sperimenta all'azione, si accompagna anche a imponenti fenomeni neurovegetativi. Si attiva il sistema simpatico con il risultato che aumenta la sudorazione, i peli si drizzano, tutto il tono muscolare aumenta come anche il battito cardiaco e, di conseguenza, la pressione del sangue in modo da rendere pronti a attaccare o a fuggire. È però da notare che in situazioni in cui la paura compare acutamente e improvvisamente si può avere un'attivazione del sistema parasimpatico e quindi un rallentamento del battito del cuore, un abbassamento della pressione sanguigna e della temperatura corporea con la conseguenza di un arresto motorio e una paralisi funzionale (si dice comunemente "essere paralizzati dalla paura"), stato che può in casi estremi arrivare fino alla morte per collasso cardiocircolatorio. Questo tipo di reazione può associarsi alla perdita di coscienza che assume il significato di togliere di fatto il soggetto dalla situazione che gli incute paura. Ovviamente queste sono reazioni estreme che però hanno il vantaggio di farci capire che il corpo ci comunica la paura molto più e meglio delle parole.

Che fare con il paziente spaventato

Ricordiamoci che i principali motivi che spingono i pazienti a venire in ambulatorio sono il dolore e la paura, e, nel caso della paura, c'è da dire che non sempre ne sono consapevoli. Pertanto il medico deve sempre supporre che il paziente sia spaventato e deve saperne riconoscere la paura anche se non gli viene comunicata con le parole. Il riconoscimento è la condizione necessaria per potersi sintonizzare su quel livello e esprimere la comprensione di quello stato d'animo dichiarandolo in maniera tranquilla. Così facendo il medico può dare un esempio concreto che

essa può essere tollerata, rendendola al tempo stesso più tollerabile per il paziente, in modo da aprire la strada sia alla comprensione della paura che lo muove, sia alla accettazione dei provvedimenti di cura e alla speranza.

Successivamente il curante può rispondere alla paura del paziente accompagnando le parole che accolgono, chiariscono, informano, con modulazioni del registro preverbale tranquillizzanti come il tono calmo della voce, ma, in particolare, con una manipolazione del corpo particolarmente rispettosa e delicata che ha l'effetto di contenere la paura e indurre fiducia e affidamento. Il medico può anche, ma dopo aver svolto queste due prime fondamentali funzioni della sintonizzazione e della visita, aprire un dialogo sulla paura del paziente che nel maggior numero dei casi è suscitata dalla malattia. Farlo ha un duplice effetto: quello di legittimarla liberando il paziente dalla vergogna e di aiutarlo ad analizzare meglio ciò che lo spaventa. Infatti con un dialogo aperto sulle sue paure è possibile aiutare il malato a discernere quanto nel suo stato di paura vi è di legato al processo patologico da affrontare e quanto invece vi è che si riferisce alle fantasie che ciascuno di noi ha sul proprio corpo e il suo funzionamento.

Le paure del paziente relative alla malattia

La paura del paziente che più frequentemente compare in ambulatorio è quella della malattia che lo porta a porsi nei confronti del proprio corpo in maniera diversa da quella che gli è abituale. Se generalmente il corpo non è al centro dell'attenzione perché noi siamo il nostro corpo, adesso la malattia la reclama e il corpo che prima il paziente sentiva di essere diventa quasi oggettivato, "il corpo che ha", quindi assume una connotazione di minor familiarità e può essere vissuto con sentimenti di estraneità ed anche di tradimento. Il fatto che il medico lo tratti con rispetto e benevolenza lo riavvicina al suo proprietario. Il corpo malato del paziente diventa così, attraverso la manipolazione del medico, un corpo in un certo senso condiviso per quanto riguarda la responsabilità della sua gestione; un corpo nel quale la malattia può essere più accettata e il dolore fisico più tollerabile perché parzialmente liberato dal dolore mentale (Vedi Voci Corpo e Dolore mentale).

Paure non legate a una patologia del corpo

Vi sono anche altri motivi per i quali l'assistito può presentarsi in ambulatorio spaventato. Può lamentare uno stato d'ansia legato a una paura per un evento a lui ignoto come ad esempio accade spesso nelle prime esperienze sessuali degli adolescenti. In questi casi il medico può fornire le proprie conoscenze in modo da ridimensionare il grado di pericolosità reale dell'evento. Quando invece non ha la

possibilità di valutare ciò che spaventa perché si tratta di problematiche che escono dal suo campo come nel caso di una difficile scelta di lavoro potrà aiutare il paziente a affrontare la situazione invitandolo a esplorare i pro e i contro prestando ascolto ai suoi bisogni mettendo da parte le proprie valutazioni personali. Infatti è facile che in queste situazioni siano le ideologie personali a prevalere. Ad esempio c'è chi dà più importanza al prestigio e al denaro e chi al tempo libero e il medico deve stare attento a non fornire risposte in base al suo personale mondo di valori che può non collimare con quello del paziente. È invece utile aiutare l'assistito a esplorare il proprio ("cosa è più importante per lei la carriera oppure il tempo libero?"). Al posto del consiglio è più opportuno aiutare il paziente a mettere in luce i pro e i contro della scelta che lo spaventa, ma che spetta unicamente a lui. È poi sempre utile in questi casi suggerire di non avere fretta perché la concitazione può sortire un effetto di amplificazione della paura. Al contrario quando non è possibile evitare la situazione che fa paura è di maggior aiuto incitare ad affrontarla subito piuttosto che rimandarla perché aspettativa ed incertezza hanno un effetto aggravante dello stato di paura. Anche il riferimento a propri vissuti soggettivi in analoghe circostanze che descrivano le modalità del coinvolgimento emozionale fino alla loro conclusione può fornire una rassicurazione a chi è spaventato. È questa una misura alla quale molti medici ricorrono con l'intenzione di sostenere il paziente. Ma se è vero che si può diminuire la paura attraverso un esempio personale di essere riusciti a dominarla è anche vero che in persone con forti sentimenti di inferiorità un tale esempio può suscitare soltanto invidia e quindi ostilità, perché partono dal presupposto di non essere altrettanto forti. Al contrario se ricordiamo quanto detto sulla funzione materna, possiamo riuscire a tacitare il bisogno di fare qualcosa in particolare a tutti i costi e, invece, recuperare la certezza che la presenza calma di una persona che non minimizza lo stato di paura e che dà mostra di comprendere la sofferenza che esso determina in chi lo patisce senza lasciarsene contagiare, è già di per sé una fonte di rassicurazione ed ha l'effetto di diminuire la paura nella persona spaventata.

Paure irrazionali, le fobie

Le paure possono essere realistiche e in questo caso servono a mettere in atto strategie utili a combattere gli eventi che fanno paura. Ma vi sono anche delle paure irrazionali e invincibili per oggetti, animali o situazioni che in genere non provocano paura. In questi casi il soggetto è consapevole dell'irrazionalità della sua paura che viene detta fobia e vive in maniera estremamente penosa proprio l'impossibilità a trovare una spiegazione razionale per ciò che lo spaventa. Infatti ciò di cui in realtà si ha paura nelle fobie non è l'oggetto o la situazione temuta, ma ciò che

essi rappresentano per la persona che soffre di questo disturbo. Il problema è che però il soggetto fobico non è consapevole dei significati sottostanti all'oggetto della sua paura che restano nascosti. Infatti in questi casi succede che una situazione conflittuale interna che genera forte angoscia viene rimossa e spostata su un oggetto esterno che è più facile evitare. Così facendo il fobico evita l'angoscia. Succede un po' come se quello che ci inquieta nel nostro mondo interno, e che teniamo confinato lì per non doverci fare i conti, volesse farsi vivo nella nostra coscienza. Per farlo trova l'espedito di camuffarsi per non farsi riconoscere e ingannare quelle difese che altrimenti gli negherebbero l'accesso al mondo della consapevolezza.

Vi sono situazioni in cui la fobia è limitata e non rappresenta alcun ostacolo allo svolgimento della vita quotidiana, come una generica paura dei topi (che però non impedisca di andare in cantina!) e altre nelle quali invece la fobia determina una marcata limitazione al normale svolgimento del corso della vita come la fobia di trovarsi in luoghi affollati o di attraversare grandi spazi vuoti come le piazze o, al contrario, particolarmente ristretti come un ascensore. In questi casi è opportuno inviare il paziente a uno specialista per un trattamento psicoterapeutico, è invece inutile rassicurare, minimizzare o peggio banalizzare, misure che risultano controproducenti perché il paziente non può cambiare il suo stato d'animo ed è il primo a sapere che le paure di cui soffre sono irrazionali. Al contrario, di fronte a tali atteggiamenti del medico, il malato può reagire con irritazione sentendosi non capito e di conseguenza esprimere dentro di sé un giudizio negativo sul curante, ad esempio qualificandolo come un superficiale o addirittura incompetente.

L'unico intervento utile da parte del medico è, caso mai, quello di aiutare il paziente a capire che può temere una perdita di controllo delle proprie emozioni e ricordargli situazioni precedenti nelle quali aveva mantenuto il controllo anche se aveva temuto di perderlo; ovviamente se ne siamo a conoscenza. Anche in questo caso, alcuni curanti usano fare riferimento a propri vissuti soggettivi in analoghe circostanze per descrivere le modalità con le quali hanno gestito il loro coinvolgimento emozionale allo scopo di fornire un esempio che apra una speranza realistica a chi è spaventato di non riuscire a controllarsi. Un tale atteggiamento può essere utile con persone che mantengono ancora una discreta forza dell'Io, ma bisogna essere consapevoli che con quelle particolarmente fragili, anche se esso viene espresso sottolineando gli aspetti di sofferenza e non tanto la capacità di governo delle emozioni, può essere vissuto con sentimenti di inferiorità e di invidia. Infatti il paziente con bassa forza dell'Io e scarsa autostima di fronte a un tale intervento in generale reagisce pensando di non avere le stesse capacità del curante. È invece molto più importante ricordare ancora una volta quanto detto sulla funzione materna e tacitare il bisogno di fare qualcosa a tutti i costi come detto sopra.

Il panico

Il panico è un episodio acuto di angoscia nel quale viene sperimentato uno stato di tensione e terrore intollerabile che ostacola il corso del pensiero e impedisce di organizzare un comportamento utile a fronteggiare il pericolo. Può verificarsi in occasione di una situazione gravemente minacciosa o francamente dannosa come una situazione di catastrofe, ma anche comparire per particolari condizioni interiori collegate a conflitti dei quali il soggetto può non essere consapevole. Nel panico vi è sempre un'imponente reazione vegetativa con palpitazioni, tachicardia, eccesso di sudorazione, pallore, tremore, sensazione di mancanza del respiro fino a un'impressione di morte imminente. Il medico di medicina generale sente spesso riferire dai pazienti che soffrono di attacchi di panico come di una specifica malattia. Si tratta di pazienti ansiosi che patiscono il ripetersi di attacchi di ansia acuta, che insorgono senza motivo apparente e sono accompagnati dalla preoccupazione intercritica che l'attacco si ripeta. Si instaura dunque uno stato ansioso di minor entità, ma di lunga durata che rende il paziente teso nell'attesa dell'attacco successivo che viene detto "ansia anticipatoria". È da notare che pazienti fortemente ansiosi comunicano la loro angoscia inducendo ansia nell'interlocutore, è quindi facile che il medico senta il bisogno di sedarla instaurando un trattamento con ansiolitici che però può facilmente indurre in questi soggetti dipendenza (vedi voce Ansia). In realtà è più opportuno inviarli rapidamente da uno specialista psichiatra. In presenza di un attacco di ansia acuta in studio può essere indicato usare un ansiolitico, ma più importante ancora sarà assistere la persona su un piano fisico facendola distendere, suggerendole di respirare con ritmo regolare parlandole in tono pacato. Così facendo il medico attenua la propria paura di non saper che fare perché si sente attivo e, acquietando se stesso, risponde al principio che nello stato di panico non è tanto importante parlare, rassicurare a parole quanto che, nel mettere in atto queste procedure, ci dimostriamo tranquilli rispetto alla gravità delle condizioni fisiche del malato senza minimizzarle.

La paura nel medico

Le modalità suggerite per affrontare le paure del paziente: sintonizzazione, contenimento della sua emozione, manipolazione del corpo e apertura di un dialogo su ciò che lo sta spaventando possono essere svolte adeguatamente soltanto se il medico non è anch'egli fortemente spaventato. A questo proposito dobbiamo essere consapevoli che anche il medico può essere vittima di quel rifiuto di ammettere la propria paura descritto per il paziente, considerandola sminuente di sé. Tale rifiuto è favorito dal fatto che il ruolo stesso di colui che cura richiede che si mostri forte di fronte a chi, chiedendo aiuto, ricopre di fatto una posizione di debolezza.

È invece necessario allenarsi a riconoscere in sé questa emozione perché è ormai accertato che è veramente indispensabile per una buona pratica medica che il curante aggiunga alla capacità di riconoscere le emozioni del paziente anche quella di riconoscere le proprie per poterle contenere ed evitare che diventino un ostacolo alla funzione terapeutica (vedi voce *Relazione medico paziente*). Dobbiamo convincerci che riconoscere le proprie emozioni ha lo stesso valore di abilità semeiotica che ha il riconoscere un soffio diastolico o un addome acuto.

Se il medico è spaventato è necessario che se ne renda conto e si prenda del tempo per valutare l'entità della sua paura e controllarla perché, come nella citazione di Boileau messa a monito in apertura, la paura di un male può condurre ad un male peggiore. In molti casi è una paura che conduce, per trovare un rapido sollievo da essa, a intervenire immediatamente o con parole rassicuranti, che si rivelano tanto affrettate quanto suonano false, o, ancor più, con gesti che, privi di pacatezza, scarsamente contenitivi dell'emozione del paziente e incapaci di trasmettere distensione, tradiranno il suo stato d'animo con l'effetto di aumentare la paura del malato.

Le paure del medico

Prima di affrontare quelle paure che è più facile individuare è utile sottolineare che la paura più subdola perché meno riconosciuta dal medico è quella relativa alla malattia. Essa è la più difficile da riconoscere perché va a toccare la motivazione che ha indotto alla scelta professionale che spesso comprende, accanto a spinte riparatrici e impulsi generosi, anche una misura difensiva di fronte alla paura di ammalarsi. Un po' come se curare gli altri aiutasse a guardare la malattia fuori di noi e a dimenticare che, invece, può stare dentro. Questa paura sta alla radice di un rifiuto del coinvolgimento che non è consapevole e pertanto ha conseguenze negative sulla pratica professionale perché orienta l'atteggiamento del curante in una direzione non scelta espressamente in funzione del bisogno del paziente. Esempio particolarmente illuminante è quello sollevato dal problema di parlare con il malato della malattia mortale che lo affligge. È ormai risaputo che è buona prassi non nascondere la sua malattia al paziente oncologico e farlo in maniera mirata rispetto al suo bisogno di sapere, quindi rispondendo alle sue richieste in una maniera che non nasconde, ma accompagna senza anticipare le informazioni. Il problema allora è che quanto maggiore è la paura del medico tanto maggiore è il rischio di atteggiarsi in modo che il paziente non chieda o chieda meno di quanto vorrebbe. Tenendo presente quanto medico e paziente comunichino tra loro senza parole è possibile che accada che il medico spaventato non sappia leggere la comunicazione del malato che richiede di sapere in una maniera non verbale, ad esem-

pio con lo sguardo che interroga e il corpo proteso in avanti in un invito a parlare. Oppure che interpreti male la domanda come nel caso che il paziente dica: “non è mica grave?” ed egli pensi che desidera essere rassicurato invece di volere chiarezza sul suo stato e, spaventato, formuli la sua richiesta attraverso la negazione. Dal lato suo il medico può avere un comportamento che scoraggia le domande sia non verbale, ad esempio girandosi verso il pc, evitando di guardare negli occhi, cominciando a scrivere, sia con commenti verbali del tipo “per ora le analisi ci suggeriscono che è utile iniziare questa cura” che lo conducono direttamente alla terapia evitando di parlare della diagnosi e della prognosi.

È ovvio che la principale paura del medico è quella di sbagliare, essa rimanda alla consapevolezza delle gravi conseguenze che ogni professione che comporta responsabilità sulla vita di altri esseri umani comporta. Ma questa paura non può essere considerata in sé e per sé perché si intreccia in maniera inestricabile con altre paure che ne determinano un imprevedibile quanto angoscioso aumento. Infatti si sovrappone ad essa la paura di essere denunciato, divenuta quanto mai pesante negli ultimi anni con i cambiamenti socioculturali che hanno condotto ad una diversa concezione della figura del medico, dell'organizzazione sanitaria e dei diritti dell'utenza. A questi cambiamenti è corrisposta una profonda modificazione del rapporto medico paziente che si è spostato decisamente sul registro della rivendicatività e della difesa (vedi voce Relazione medico paziente). Un'altra paura del medico legata a questi cambiamenti è quella di essere considerato meno dello specialista perché talora il paziente ne richiede l'intervento lasciando intendere al medico di medicina generale che ci vuole chi è più competente di lui per risolvere i suoi problemi. Questa particolare paura si va a combinare con interventi tanto affrettati quanto scarsamente ponderati, inutili quando non controproducenti. La paura di sbagliare sconfina anche con la paura di “non fare la cosa giusta” con il paziente che comprende una serie più ampia di interventi rispetto al gesto tecnico professionale. Essa infatti riguarda, oltre all'atto tecnico in sé, la gestione della vita del paziente e della relazione con lui. Un esempio del primo caso è rappresentato dalla decisione da prendere su una richiesta di astensione dal lavoro; quanto al secondo può essere di esempio lo svolgimento di una corretta analisi dei contenuti affettivo emotivi degli scambi comunicativi con il paziente che conduca a una serena valutazione di come sta andando la relazione con lui per far sì che sia produttiva rispetto al mantenimento di una buona alleanza terapeutica.

PAZIENTI ANTIPATICI

Daniela Bolelli

L'avversione si accresce di tutti gli sforzi che si fanno per vincerla. Conte di Belvèze

Vi sono problemi ancora troppo poco considerati in medicina, che provocano un inutile disagio sia ai medici che ai pazienti, che riguardano le difficoltà inerenti alla loro relazione. Spesso al giorno d'oggi il rapporto tra medico e paziente è difficile, spiacevole, quasi ostile. Partendo dalla concezione di Balint che il farmaco più efficace a disposizione del medico sia lui stesso, possiamo concordare che quando la relazione è molto difficile e carica di sentimenti negativi è proprio il “farmaco medico” che non ha funzionato. Pertanto è necessario padroneggiare bene alcune nozioni sul corretto uso del rapporto interpersonale e della sua dinamica a fini terapeutici, e riflettere attentamente sull'importanza della gestione delle emozioni che assalgono il medico di medicina generale nella sua pratica quotidiana.

La relazione medico paziente è finalizzata a costruire un'alleanza terapeutica che faciliti il processo di cura e l'eventuale conseguente guarigione; se questa alleanza non si costruisce e consolida vi sono effetti negativi per tutti e due i membri della coppia in quanto il paziente ha meno possibilità di miglioramento e guarigione e il medico rischia, un contenzioso legale promosso da un paziente insoddisfatto che lo ritiene responsabile, magari a torto, per non aver conseguito i risultati desiderati. Quindi una buona alleanza terapeutica, oltre a essere indispensabile per la cura, è anche il miglior agente difensivo per il medico al di là della correttezza del suo operato diagnostico terapeutico.

Tra i cosiddetti pazienti difficili, impegnativi, c'è quello che familiarmente tra colleghi viene qualificato come “paziente antipatico”. *Gestire* invece che *subire* questi pazienti è di grande sollievo per vari motivi, in primis perché la posizione di attività rispetto a quella di passività è molto più confortevole, ma anche perché è molto forte la gratificazione che si ricava dall'essere capaci di svolgere il compito riuscendo a stabilire un'alleanza *nonostante e al di là* dei sentimenti negativi che certe persone possono suscitare in noi.

Ma quando un paziente è antipatico? Quando mette in atto una serie di comportamenti che minacciano la relazione e il medico si sente continuamente messo alla prova.

Chi è il paziente antipatico? I vari tipi

Per prima cosa è necessario chiarire che vi sono due categorie di pazienti antipatici: quelli che risultano antipatici alla maggioranza dei medici e quelli che invece suscitano questo sentimento in un certo curante mentre non lo suscitano in un altro. Coloro che fanno nascere sentimenti negativi un po' a tutti sono coloro che hanno atteggiamenti che la maggioranza delle persone giudicano negativamente perché vanno contro gli accordi sociali di convivenza consensualmente e tacitamente accettati che ispirano il comportamento in generale, che violano cioè le cosiddette regole della buona educazione. Ma vi sono anche alcune caratteristiche di personalità che risultano generalmente antipatiche come l'avidità, l'insaziabilità, la rivendicatività e il non riconoscimento dell'autorità. Infatti nei confronti di queste caratteristiche vi è una unanime riprovazione in quanto sono connotate negativamente dalla società.

Nel secondo caso (quello dei pazienti che sono antipatici solo ad alcuni medici) possiamo distinguere nuovamente due classi. Una che raccoglie coloro che suscitano antipatia perché esprimono posizioni che confliggono con il mondo di valori di quel medico e l'ideologia alla quale egli si ispira. Ad esempio quando il paziente formula richieste che riguardano temi sensibili, quali l'aborto, la fecondazione assistita, la gravidanza surrogata, la richiesta di monogenitorialità o dimostra una doppia morale mostrando forti esigenze economiche di risparmio personali e insensibilità rispetto allo spreco delle risorse pubbliche ecc. Gli esempi possono essere moltissimi perché molti e diversificati sono gli orientamenti che riguardano il mondo dei valori ai quali ognuno si ispira e con i quali i comportamenti del paziente possono confliggere.

L'altra classe di pazienti antipatici è quella fatta da persone che suscitano emozioni negative perché con i loro modi di fare vanno a urtare contro caratteristiche di personalità del medico che le ha in cura. Qui sono in gioco le differenze individuali, le caratteristiche personali perché ognuno di noi ha più tolleranza o maggiore insofferenza per certi tratti di carattere piuttosto che per altri in base alla persona che è.

Possiamo dire che rispetto ai vari tipi di paziente antipatico descritti c'è un grado di coinvolgimento progressivamente crescente nel senso che, se è relativamente facile sopportare il paziente maleducato, lo è meno affrontare quello che ci imbarazza proponendoci richieste che non vorremmo sentirci fare. Ma, soprattutto, siamo veramente in difficoltà con quelle persone che ci suscitano forti sentimenti negativi perché ci vanno a toccare nella sfera personale. Infatti se nel caso del paziente maleducato e in quello che segue principi diversi dai nostri tutto sommato possiamo gestire il fastidio, sforzandoci di mettere tra parentesi l'aspetto

infastidente facendo leva anche sul convincimento di essere noi, per così dire, nel giusto, il disturbo che ci provoca un paziente per come è con noi non è circoscrivibile, e ci coinvolge completamente, spesso anche senza che ne capiamo il perché.

Ma poiché sappiamo l'importanza di stabilire un'alleanza terapeutica ed è ormai accertato che i sentimenti negativi ci inducono più facilmente all'errore diagnostico e terapeutico, dobbiamo guardarci dal lasciarci travolgere dalle emozioni senza dar loro importanza o cercando di reprimerle. Per far questo il primo fondamentale passo è quello di saperle riconoscere.

Per gestire al meglio questo tipo di paziente antipatico c'è un'unica arma che è rappresentata dalla consapevolezza dei sentimenti che proviamo perché, passando attraverso la consapevolezza di essi possiamo chiederci quale comportamento li ha suscitati e, soprattutto, cosa può aver determinato tale atteggiamento. Dare un senso al comportamento antipatico impedisce di reagirvi impulsivamente. La comprensione è l'unica formidabile forza mediatrice che depotenzia i sentimenti negativi che ci portano a esprimerci immediatamente "contro" chi ci suscita antipatia.

Le emozioni negative che ci suscita il paziente antipatico

Spesso gli atteggiamenti del paziente antipatico vengono percepiti come un fastidio generalizzato che ci suscita un sentimento globale di rifiuto che cerchiamo di silenziare al più presto perché ci difendiamo sempre da ciò che ci fa male allontanandolo e perché percepiamo che ci intralcia nel compito. Al contrario per una buona pratica è più utile non respingere questo sentimento e cercare di individuare meglio le emozioni che ne stanno alla base. In genere si tratta di emozioni che giudichiamo negativamente come *la rabbia, l'imbarazzo, la noia, il disgusto*, tutte emozioni che vengono suscitate in maniera episodica e lieve quasi da tutti i pazienti, ma che vengono provate in maniera particolarmente intensa e/o sistematica con il paziente che resta antipatico. E a questo punto è utile notare che vi sono tra i malati persone che ci suscitano sempre antipatia per come sono, mentre altre che ci accorgiamo stimolano in noi questo sentimento in maniera improvvisa e imprevedibile. Fare questa distinzione ci fa capire che a volte non sono le caratteristiche della personalità del paziente a essere antipatiche, ma gli atteggiamenti antipatici sono misure alle quali egli inconsapevolmente ricorre soltanto in certe condizioni che sono di particolare difficoltà per lui. In pratica suscitare antipatia diventa una misura difensiva. Capirlo può aiutarci ad aumentare la capacità di sopportazione perché rivitalizza il desiderio di aiutare che permea la scelta professionale.

L'emozione provata più frequentemente è la **rabbia** che prevalentemente viene scatenata da atteggiamenti non collaborativi (ad esempio pazienti reticenti, che non chiedono chiarimenti, ma subito contestano quanto suggerito, che non sono

scrupolosi nell'esecuzione dei trattamenti e giustificano il proprio atteggiamento con difficoltà chiaramente pretestuose), di sfida, manipolativi, anche francamente attaccanti l'operato del curante o attraverso una contestazione verbale diretta o attraverso l'espressione di una serie di particolarità personali per le quali ciò che viene proposto non può esser loro utile. Sono i pazienti che propongono loro gli accertamenti da fare, che richiedono con insistenza interventi specialistici, che in mille modi comunicano un non riconoscimento dell'autorevolezza del curante. Tutti questi atteggiamenti rendono difficile al medico percepire la sofferenza sottostante. Tanto più che possono essere persone realizzate sul lavoro con una vita sociale e familiare apparentemente "normale" che proprio per questo non facilitano la comprensione del perché siano così ostili. Ma, al di là delle loro capacità di conseguire successi in ambito sociale, per problematiche infantili essi ripropongono con le persone significative (e ricordiamoci che il medico è, sempre, un'importante figura di riferimento) una relazione sfidante. Poco in contatto con le proprie emozioni e scarsamente empatiche queste persone possono anche apparire scontenti quando sono in difficoltà dimostrando una freddezza che è di origine difensiva perché temono di essere rifiutati. Purtroppo così facendo suscitano il rifiuto nell'interlocutore e quindi vanno a generare ciò che maggiormente temono, rinforzando in un circolo vizioso le dinamiche nelle quali sono intrappolati. Se il medico non si riconosce arrabbiato può reagire a sua volta con aggressività o, per non farlo, può ritirarsi dalla relazione ponendo una distanza eccessiva e in entrambi i casi non potrà instaurare e far crescere quell'alleanza terapeutica che è indispensabile al processo di cura.

La rabbia è forse l'emozione più facile da riconoscere per il suo corredo di sintomi neurovegetativi come l'aumento della pressione sanguigna con sensazione interna di calore, l'accelerazione del battito cardiaco, l'aumento della sudorazione e della tensione muscolare che suonano da campanelli di allarme. È estremamente importante trattenersi da quella che è la reazione abituale del medico che riconosce la propria rabbia, cioè di metterla tra parentesi concentrandosi sul compito. Infatti è raro che una tale operazione riesca perché la rabbia che, per così dire, è uscita dalla porta rientra dalla finestra inducendo con maggior facilità all'errore. È dunque più utile, una volta che siamo riusciti a riconoscere che il paziente ci ha suscitato rabbia, interrogarsi sul perché il malato ha quel comportamento, perché ha quella modalità attaccante. È solo interrogandosi che si può arrivare a un'attribuzione di senso. Ad esempio nel caso del paziente non collaborativo e che ci sfida, dopo esserci domandati se abbiamo fatto qualcosa che può aver provocato una tale reazione ed averlo escluso, è possibile pensare che la modalità di attacco possa essere mossa dall'intimo convincimento del paziente, basato su precedenti espe-

rienze relazionali negative, che non verrà accudito/assistito a dovere. Purtroppo esperienze relazionali di questo tipo fanno sì che ciò che fu subito in passato senza responsabilità alcuna venga poi invece attivamente stimolato senza consapevolezza cosicché l'esperienza frustrante viene ripetuta.

Facciamo un altro esempio: il paziente fa arrabbiare perché è particolarmente arrogante. Riconoscersi arrabbiati e chiedersi perché il paziente ha quell'atteggiamento può farci arrivare all'ipotesi che il paziente faccia così perché teme molto la dipendenza e, per fuggirne, non trova altro modo che mettersi in una posizione di superiorità che gli può consentire di avvertire meno l'importanza che il medico ha per lui. Se il medico è insicuro può risultare particolarmente offeso da un tale atteggiamento ed esprimere rabbia e insofferenza se non a parole con un silenzio prolungato o con il corpo, mettendosi a una maggiore distanza.

Quando il medico riconosce la rabbia provata e, dandole importanza, si interroga sul perché il paziente lo sta facendo arrabbiare può arrivare a capire perché il paziente è stato così arrogante. La comprensione è la sola cosa che può spegnere la rabbia stessa perché le dà senso e, così facendo, le attribuisce addirittura un ruolo utile. Il depotenziamento della rabbia non solo fa evitare l'errore, ma può anche rivitalizzare i sentimenti riparativi che stanno alla base della scelta professionale e la vocazione all'aiuto e faciliterà a porsi nei confronti del paziente in una maniera accettante nonostante quel suo atteggiamento. Ne consegue che il paziente sorpreso per l'inaspettata accoglienza può interrompere il suo comportamento inadeguato e si può instaurare l'alleanza terapeutica e quindi la compliance verso la terapia che verrà stabilita.

Al contrario una repressione della rabbia o una dimostrazione anche indiretta di insofferenza rischiano di confermare il paziente nel suo timore che non sarà accolto e curato bene e quindi di rinforzarne l'ostilità mettendo a rischio il piano terapeutico. In pratica sarà vincente la posizione del medico che, di fronte agli attacchi e alle sfide, è consapevole di essere arrabbiato per quegli atteggiamenti che possono mettere in luce alcune sue debolezze, ma si interroga sul perché gli vengono rivolti. Infatti, così facendo, riesce a non drammatizzare le ferite ricevute proprio in virtù del fatto che arriva a capire che non sono inferte per desiderio di ferirlo, ma sono espressione di un atteggiamento di difesa o una ripetizione di dinamiche infantili. In questo modo il curante, accettando le proprie emozioni e i propri limiti, ottiene di preservare la propria motivazione all'aiuto.

Nel caso che si tratti di un primo incontro e il paziente si dimostri particolarmente distaccato o ostile è fondamentale chiedersi se siamo stati accoglienti: abbiamo salutato per primi? Abbiamo porto la mano? (sembra che quasi l'ottanta per cento dei pazienti dia un particolare valore a questo gesto). È poi sempre impor-

tante riconoscere quanto sia difficile aprirsi con uno sconosciuto e fidarsi. Paura e vergogna possono essere responsabili di atteggiamenti del paziente che ci suscitano rabbia perché lo fanno apparire scostante o, al contrario, in taluni casi, un chiacchierone a vuoto. Il medico accorto deve saper distinguere l'imbarazzo dall'arroganza, la superficialità da uno stato di ansia legato alla difficoltà dell'incontro. In questi casi il medico per superare i sentimenti negativi che prova può correre il rischio di parlare troppo, fatto che può non essere ben accolto dal paziente. Invece può essere molto più utile al curante pensare che ha un asso nella manica per superare queste difficoltà. È un'accurata visita che può rassicurare il paziente che è letteralmente in "buone mani".

Un altro sentimento negativo che dobbiamo allenarci a riconoscere è la **noia**. Essa nasce perché il paziente è ripetitivo e lamentoso e fa "perdere tempo" raccontando particolari tanto minuziosi quanto inutili. Purtroppo la noia è una nemica dell'attenzione e quindi foriera di errore; se però essa viene riconosciuta può aiutare a capire meglio il paziente. Anche in questo caso è indispensabile chiedersi come mai è così noioso? È per paura? È perché è solo e approfitta della relazione con il medico per lenire la solitudine? L'atteggiamento del curante ovviamente dovrà essere diverso nei due casi. Con il paziente lamentoso, grande utilizzatore dell'ambulatorio, la noia può far cadere in uno stato di rifiuto e ottundere la capacità di ascolto con il rischio che, nel momento in cui accade che egli sia colpito da una patologia improvvisa, il medico possa mancare di riconoscerla tempestivamente. Anche di fronte al paziente che suscita antipatia perché chiede e poi ripete varie volte le stesse domande e non ha un ritardo mentale o un'estrema povertà culturale che possono giustificare questo comportamento, è opportuno interrogarsi sul perché fa così. È verosimile che un tale atteggiamento sia dovuto al fatto che abbia altre richieste che non riesce a formulare chiaramente neppure a sé stesso. In questo caso se invece di dire "le ho già detto..." ripetiamo con altre parole ciò che ci è stato chiesto e richiesto è possibile che il paziente, sentendosi ascoltato, possa confidarci qualcosa di nuovo.

Alcuni pazienti possono risultare antipatici perché ci mettono in imbarazzo.

L'imbarazzo può sembrare, tra le emozioni negative, quella più facile da padroneggiare, ma può avere anch'essa una significativa influenza negativa sulla buona pratica. È uno stato affettivo che appartiene alla famiglia della vergogna che si declina in tante forme più o meno intense (dalla timidezza alla umiliazione) e può essere più o meno accentuato, più o meno duraturo. Si accompagna a fenomeni neurovegetativi di varia entità come aumentata sudorazione, tachicardia, respiro irregolare, rossore, incertezze nell'eloquio. Questa emozione può essere suscitata in ambulatorio dal fatto di essere visti dal paziente impegnati in un'azione fuori

ruolo, come ad esempio un bisticcio con qualcuno, o dal forte bisogno di fare bella figura come può capitare nel caso dell'incontro con un paziente che ricopre una posizione prestigiosa che suscita in noi un sentimento di inferiorità. In questi casi, poiché, oltre ai suddetti fenomeni neurovegetativi, l'imbarazzo determina un atteggiamento di ipervigilanza e attenzione finalizzata a ciò che l'altro può pensare di noi e soprattutto a uscire dalla situazione che crea disagio, può causare una decisa influenza negativa sulla pratica diagnostico terapeutica. Infatti è evidente che un tale stato determina che una parte dell'attenzione venga distratta dal compito perché impegnata a valutare la figura che stiamo facendo. L'immediata conseguenza è che chi prova imbarazzo tende a prendere distanza dall'interlocutore che è sentito come un possibile giudice malevolo responsabile del fastidio che sta provando, con il risultato, nel caso del medico, di ostacolare la sintonizzazione nei confronti della sofferenza del paziente e di indurlo più facilmente in errore.

Un altro tipo di paziente antipatico è quello che suscita disgusto.

Il disgusto è un sentimento di repulsione che viene evocato prevalentemente da stimoli sensoriali. In origine era essenzialmente una misura difensiva legata al cibo, in quanto la sgradevolezza poteva indurre a evitare di ingerire alcune sostanze che potevano provocare danno, ma oggi lo riferiamo sia alla sfera fisica, sia a quella psicologica. Nel primo caso, nel quale è la componente sensoriale a prevalere, esso può essere generato da condizioni igieniche discutibili, mentre nel secondo caso la componente sensoriale è assente e ciò che è in gioco è il mondo dei valori; il termine è usato in senso traslato e quello che suscita repulsione è un comportamento o l'intera persona a motivo di un giudizio che riguarda gli aspetti morali cosicché il disgusto vira verso l'indignazione o il disprezzo. La reazione in ogni modo è la stessa: una sorta di difesa da una contaminazione che può riguardare tanto il corpo che la mente. Infatti chi è disgustato tende ad allontanarsi dall'oggetto/persona che gli ha provocato quell'emozione distogliendo lo sguardo e assumendo una mimica particolare caratterizzata da una parziale chiusura degli occhi, dallo stringere le labbra e da un movimento di arricciamento delle narici. Il disgusto può indurci a cambiare il nostro atteggiamento: ad esempio a non eseguire visite domiciliari che potrebbero essere utili al paziente, sulla base di un non confessato bisogno di scansare ambienti sgradevoli o, peggio ancora, far sì che evitiamo la visita medica che aiuterebbe la buona comunicazione con un paziente spaventato per non esporci a odori e manipolazioni fortemente spiacevoli. Sappiamo che alcuni pazienti possono essere particolarmente sporchi, ma a volte ci sorprende di trovare questa caratteristica in persone di un alto livello sociale e il disgusto ci prende di sorpresa tanto che non riusciamo a trattenere gli atteggiamenti di allontanamento. È quindi utile anche in questo caso porci delle domande su per-

ché il paziente si mostra così sporco e su perché ci suscita tanta insofferenza. Ad esempio in soggetti che soffrono di certe patologie psichiche che compromettono fortemente la relazione con gli altri, la sporcizia può avere un significato difensivo in quanto funzionale a tenere a distanza le persone delle quali è temuta la vicinanza. Anche nel caso che il disgusto riguardi il comportamento del paziente nel suo complesso o alcuni suoi atteggiamenti chiedersi perché ci risultino intollerabili può aiutarci a non allontanarlo. In fondo la curiosità è sempre un'ottima alleata per non fuggire.

Infine non dobbiamo dimenticare che c'è anche il disgusto provato dal paziente; mentre il medico è allenato ad avere a che fare con deiezioni, secrezioni e liquidi organici vari fin dal lungo periodo di formazione e quindi ha dimenticato il disgusto che può aver provato agli inizi dei suoi studi, è da notare che spesso il paziente prova disgusto sia verso proprie parti malate, per le loro secrezioni o per particolari disfunzioni, sia verso atti che il medico compie con naturalezza, ma che a lui risultano inaccettabili. Saperlo aiuta il medico a non assumere un atteggiamento banalizzante o peggio derisorio per suggerire una posizione di contenimento dell'emozione del paziente che, da un lato, stimola in lui un atteggiamento positivo e reazioni di aumentata resistenza che favoriscono il processo di guarigione, dall'altro, determina un potenziamento dell'alleanza terapeutica.

A volte il paziente sta male, ma non riesce a riconoscere il proprio disagio e mostra un comportamento che risulta antipatico perché **confuso e confondente**, infatti può alternare disordinatamente attacchi, sfide, richieste di aiuto e sottomissione, atteggiamenti intolleranti e inadempienze rispetto alle prescrizioni. Se il medico reagisce con insofferenza tale comportamento si accentua. È invece utile come primo passo capire perché il paziente è confuso. Nella maggior parte dei casi lo è per paura. Se è così l'atteggiamento più opportuno è innanzitutto accettarlo in quello stato senza sottolineargli le eventuali contraddizioni dimostrate e poi giustificare il suo atteggiamento caotico con la paura o con la mancata chiarezza su ciò che gli succede ad esempio con un commento del tipo che "poiché non è ancora molto chiaro cosa lo fa star male a volte può pensare in un modo e a volte in un altro". Successivamente può essere di aiuto proporre tentativi di soluzione sottolineandone l'aspetto di prova senza pretendere che si tratti di un piano terapeutico risolutivo. Naturalmente l'accettazione per la confusione in cui versa il paziente deve essere autentica perché egli percepisce immediatamente la non sincerità attraverso la comunicazione non verbale. Se non la si prova meglio tacere! È poi da notare che negli incontri successivi al primo se non è risultato alcun netto miglioramento ed anche se vi sono state inadempienze nel seguire le prescrizioni è opportuno assumersi la responsabilità di non essere ancora riuscito a fare un'inquadra-

mento completo e a ridurre il malessere in maniera significativa. Per consolidare l'alleanza terapeutica è utile accompagnare la dichiarazione di non essere ancora stato capace di apportare il miglioramento voluto con la valorizzazione dello sforzo del paziente nel curarsi anche se non ha seguito al cento per cento le prescrizioni. In pratica ciò che va comunicato è che il medico ha fatto un primo tentativo senza riuscire, il paziente ha fatto del suo meglio nell' eseguire le prescrizioni, e che "noi" (intendendo con quel "noi" la coppia di alleati curante curato) insieme riusciremo meglio con i nuovi provvedimenti.

Queste sono le principali emozioni che assalgono il curante che prova antipatia e, in ultimo, è utile ricordare che è fortemente antipatico il paziente che espone a un'overdose di emozioni perché è al contempo maleducato, attaccante, non collaborativo e in più spiazzante perché talora esprime valutazioni molto positive sull'operato del medico, ma poi non esita a denigrarlo rinfacciandogli presunti errori e superficialità. Sarà necessario allora seguire la massima del divide et impera cioè cercare di discernere quanto fa parte del carattere (la maleducazione ad esempio) da quanto può essere legato a situazioni contingenti come la paura (forse il paziente segue l'indicazione che la miglior difesa è l'attacco) e, soprattutto interrogarsi su quale dei suoi atteggiamenti ci disturba di più per concentrarsi sul particolare significato che può avere. Se ad esempio ci irrita particolarmente il suo alternare lodi e rimproveri forse siamo di fronte a una persona che non riesce a controllare l'aggressività e se ne vergogna, ma forse, anche, siamo noi particolarmente bisognosi di risposte che ci confermino le nostre capacità.

Come conclusione giova ricordare che poiché dobbiamo sempre accogliere il paziente anche quando è antipatico, ci può aiutare la considerazione che per quanto ci attacchi, ci sfidi, ci denigri egli si sta rivolgendo a noi, quindi "vuole" che siamo noi a curarlo. Tutti i comportamenti fastidiosi che mette in campo devono essere ritenuti più richieste che reali critiche perché continua di fatto, venendo, a dimostrarci fiducia. Le parole sono per l'appunto parole... portabandiera di emozioni e vissuti tutti da scoprire.

PAZIENTE STRANIERO E MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Vanna Berlincioni

ETNOCENTRISMO

“Un giorno in classe, durante un incontro sull’interculturalità, chiesi ai ragazzi di darmi una definizione del termine ‘razzismo’.

Subito il più sveglio esclamò: ‘Il razzista è il bianco che non ama il nero!’

‘Bene – dissi – E il nero che non ama il bianco?’

Mi guardarono tutti stupiti e increduli con l’espressione tipo

‘Come può il nero non amare il bianco?’

Kossi Komla-Ebri (p.13)

Un paziente straniero entra nell’ambulatorio del medico di famiglia. Reciproche aspettative si mobilitano: “Chi mi troverò di fronte? Riuscirà a comprendermi? Riuscirò a spiegarmi? Riuscirà a guarirmi?” E dall’altra parte: “Riuscirò a intendermi con lui o lei? Riuscirò a capire di che cosa ha bisogno, di cosa soffre? Riuscirò a curarlo non conoscendo la sua lingua, le sue abitudini, la sua cultura?”. La varietà culturale delle persone che incontriamo negli ambulatori medici è infatti tale da non poter pensare ad un approccio cultura-specifico; e, sebbene possa aiutare avere una conoscenza diretta del paese di origine del paziente, il gruppo dei migranti presenta un’estrema eterogeneità non solo culturale, ma anche relativa alle caratteristiche del progetto migratorio e alle motivazioni che hanno spinto il soggetto ad emigrare.

Innanzitutto le posizioni di un migrante, di un minore non accompagnato (MSNA), di un profugo, di un clandestino, di un esiliato, di un richiedente asilo, di un rifugiato non sono sovrapponibili. Il migrante solitamente arriva nel nostro paese con un progetto migratorio e quindi con l’obiettivo di trovare un lavoro, migliorare le condizioni di vita proprie e quelle dei familiari rimasti in patria. Il profugo è invece colui che lascia il proprio paese o magari solo la propria città, per ragioni di sopravvivenza, a causa di guerre, persecuzioni o catastrofi naturali. La condizione dell’esiliato è ancora più complicata: non è un migrante per scelta, ma qualcuno che obbligatoriamente ha dovuto lasciare il proprio paese perché minacciato di morte per motivi personali o per motivi politici. La costrizione esterna lo ha messo di fronte ad un’unica scelta possibile, la fuga.

Il migrante irregolare, detto più comunemente clandestino, è invece un soggetto che è entrato nel paese senza un regolare controllo alla frontiera, oppure è arrivato regolarmente, ma gli è scaduto il visto o il permesso di soggiorno.

Sono richiedenti asilo (RA) coloro che hanno richiesto di essere riconosciuti come rifugiati (o con un'altra forma di protezione) e che sono in attesa del responso della Commissione giudicatrice. I RA solitamente entrano nel territorio in modo irregolare, ma dal momento in cui presentano la richiesta sono regolarmente soggiornanti, e quindi non possono essere definiti clandestini. Per questa categoria di persone la snervante attesa della decisione della Commissione, che dura mediamente due anni, si presenta come una sorta di limbo, di tempo sospeso tra un passato doloroso e traumatico e un futuro incerto. Potrà rimanere? Dovrà essere rimpatriato dopo tutti i pericoli che ha coraggiosamente attraversato? Questa penosa attesa dall'esito oggi più che mai aleatorio e problematico, può essere considerata a tutti gli effetti una forma, questa volta da noi perpetrata, di ri-traumatizzazione dello straniero. È vero che lo Stato ospite deve garantire ai RA il soddisfacimento dei molti bisogni di base che essi presentano; tuttavia essi non possono in questa lunga attesa dare corso ai propri desideri e alle proprie potenziali capacità di soddisfarli.

Ciò che caratterizza il "rifugiato" è l'aver ricevuto dalla legge dello Stato che lo ospita o dalle convenzioni internazionali questo status e la relativa protezione². A questo punto il soggetto può decidere di stare nel paese ospite: ma ci resterà per sempre o prima o poi tornerà in patria? O magari sarà sospinto dalle circostanze verso altri paesi dove ricomincerà tutto daccapo?

Costituire una rete di riferimento e ridare dignità di esistenza a queste persone è uno dei nostri precipui compiti in questa fase.

Abul dopo un periodo di militanza nell'esercito nigeriano, sopraffatto dagli episodi di violenza subiti, decide di abbandonare l'arma, ma giudicato disertore e minacciato di morte, deciderà di autoesiliarsi in Italia: deve fuggire dal proprio paese, ma non è certo di poter essere accolto qui. Un angoscioso sentimento di spaio e di disancoraggio da un contesto di riferimento lo tormenta.

² La definizione di rifugiato, valida a livello internazionale, è quella contenuta nell'Art 1 della Convenzione di Ginevra del 1951, a cui aderiscono oggi 144 Stati. Rifugiato è dunque colui che: "temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo paese; oppure che, non avendo cittadinanza e trovandosi fuori del paese in cui aveva residenza abituale a seguito di tali avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra". Nell'Art 33 si specifica inoltre che: "Nessuno Stato contraente potrà espellere o respingere – in nessun modo – un rifugiato verso le frontiere dei luoghi ove la sua vita o la sua libertà sarebbero minacciate a causa della sua razza, della sua religione, della sua nazionalità, della sua appartenenza a una determinata categoria sociale o delle sue opinioni politiche".

L'incontro con lo straniero

Sebbene l'incontro con lo straniero possa apparire più problematico di quello col paziente autoctono, e sia difficile, come è ovvio, individuare linee guida di comportamento, tuttavia si possono fare alcune riflessioni che rendano più agevole questo tipo di interazione. Scrive Mazzetti che "La leva decisiva è un atteggiamento positivo, di buona disposizione di base, verso sé stessi e verso l'altro".

Il paziente potrà manifestare attese miracolistiche nei confronti della "potente" medicina occidentale, ma sicuramente si aspetterà un approccio tradizionale alla cura, secondo gli schemi terapeutici a cui è abituato tanto che Zempléni sottolinea che: "Il malato che decide di incontrare il terapeuta occidentale non gli chiede più di sostenere la sua credenza, ma di essere l'arbitro del suo rapporto nei confronti della credenza degli altri" cioè della propria ambigua posizione tra un mondo e un'organizzazione sociale che si sono lasciati alle spalle e che sono costretti a negare e un altro, sconosciuto che non possono ancora assumere.

In uno sperduto villaggio sulle rive del Niger, alcune donne, all'arrivo di noi medici tubabu (bianchi), chiedevano con insistenza le nostre potenti medicine. Tutte si lamentavano del mal di testa per ottenere l'agognata compressa di aspirina. Di fronte alle nostre insistenze, evidentemente inappropriate in quel contesto, sulle cautele da osservare nell'assunzione di questo farmaco, soprattutto da parte delle ragazze gravide, una di loro con un sorriso radioso ci disse: "Ma noi non le mangiamo, ci basta averle!" L'aspirina era così stata velocemente trasformata in un prezioso ed efficace amuleto che esercitava il suo potere per una via che la nostra medicina definirebbe "aspecifica", ma che in quella situazione culturale diventa proprio la sua intrinseca specificità. Il contatto con usanze e mentalità diverse, comporta quindi il mettersi in una posizione ricettiva sulle ibridazioni e i cambiamenti che da tale contatto si generano.

Dal canto suo il medico, solitamente oberato da un consistente carico di lavoro, si preoccuperà che il paziente straniero gli porti via troppo tempo: il tempo e la puntualità infatti non hanno lo stesso valore e significato in tutte le culture. "Voi avete gli orologi, ma noi abbiamo il tempo" – recita un proverbio africano. Le difficoltà comunicative possono scoraggiare il medico spingendolo ad assumere un atteggiamento sbrigativo o rinunciatario. Concordiamo con Mazzetti quando scrive che un "ascolto rilassato e libero, focalizzato a comprendere oltre ai sintomi la persona davanti a noi e il suo sistema di riferimento culturale, può rivelarsi prezioso non solo sul piano della relazione umana, ma anche per la diagnosi e la cura efficace del suo disturbo". Ma non è forse questo un atteggiamento produttivo in tutte le relazioni medico-paziente?

Difficoltà di comunicazione

La prima e più evidente barriera riscontrabile in queste situazioni cliniche è quella linguistica, non solo per la componente strettamente lessicale, ma anche per quella semantica del linguaggio. Non sempre la traduzione letterale del discorso agevola la comprensione dei problemi portati dal paziente, perché non sempre è facile per il paziente condensare nel breve tempo dell'incontro le proprie esperienze, soprattutto se ci aspettiamo da lui l'esplicitazione dei suoi vissuti intrapsichici. Oltre all'osservazione del linguaggio non verbale che dà comunque una serie di indicazioni sullo stato d'animo del paziente, la prima ricerca è quella di un linguaggio comune con cui potersi intendere. Più spesso è la lingua coloniale, francese o inglese con le quali avviene l'interazione, quando il paziente non si esprime sufficientemente in italiano e non si può contare sulla presenza di un accompagnatore, parente o amico, o sulla collaborazione di un mediatore linguistico e/o culturale. La questione della mediazione culturale apre comunque una serie di problemi che non approfondiremo qui, ma accade a volte che il paziente si censi di fronte ad una persona appartenente alla propria comunità o al proprio paese vergognandosi dei propri vissuti o dei propri comportamenti e soprattutto del proprio passato e delle terribili esperienze subite. A volte è il mediatore che altera le parole del paziente, soprattutto attraverso omissioni, con intenti a volte protettivi a volte svalutativi. Ne deriva una possibile distorsione della comunicazione che, in certe circostanze, può essere più di intralcio che di aiuto. Quando la comunicazione verbale è deficitaria, il paziente di solito reagisce positivamente ad un clima caldo di accoglienza, di accettazione e di valorizzazione se percepisce che il medico è animato da un'autentica volontà di capirlo e aiutarlo, senza la pretesa di fornire subito soluzioni definitive soprattutto prima di aver decodificato il bisogno del paziente.

Il corpo che parla

In queste situazioni spesso è il corpo che esprime attraverso sintomi un disagio che è invece genericamente esistenziale. Nell'accogliere i profughi approdati in Italia dopo un lungo e drammatico viaggio, persone che hanno perduto ogni fiducia nei loro simili, dopo aver subito, in Libia, torture, umiliazioni e sofferenze disumane, la sintomatologia di esordio è spesso rappresentata dalla presenza di "dolori migranti" in tutto il corpo: si passa dalla frequente cefalea diffusa a dolori al petto, all'addome e agli arti, accompagnati spesso da insonnia e incubi ricorrenti in assenza di obiettività. Altre volte è la pelle che brucia, che prude, perché in essa è iscritto il segno della diversità: un luogo fisico che porta le tracce dell'appartenenza culturale (il colore della pelle, le scarificazioni rituali) o delle

violenze subite (le cicatrici inferte durante gli scontri armati, le torture, gli stupri). Il linguaggio del corpo traduce dunque sofferenze psicologiche e tensioni sociali. Il medico deve pertanto dare parola a questo corpo sofferente lasciando a sua volta “pazientemente” spazio al racconto del paziente: la narrazione via via emerge dopo che si è instaurata una relazione fiduciaria, un’alleanza che permetta di ritrovare un’umanità che si è perduta durante il travagliato viaggio migratorio. Ciò significa dare ascolto alla *illness* cioè al vissuto di malattia del soggetto, alla sua interpretazione del proprio malessere, agli aspetti culturali, alla sua storia, alle sue relazioni, alle condizioni di vita attuali, a quello che si è lasciato alle spalle. Dunque non interessarsi solo alla *disease*, alla malattia dal medico diagnosticata strumentalmente e definita oggettivamente sulla base di dati misurabili. Come dice Cassel: “Illness è ciò che il paziente sente quando va dal dottore, disease è ciò che egli ha quando torna a casa dall’ambulatorio”.

L’attivazione di una funzione socio-antropologica dell’accoglienza e dei suoi dispositivi socio-culturali, dimensionata sulle caratteristiche di ogni singolo soggetto, è la premessa di un’azione terapeutica efficace. Un atteggiamento siffatto implica prendersi il tempo per instaurare una relazione atta a favorire una comprensione della domanda piuttosto che agire una risposta farmacologica a corto circuito. KLC, arrivato dalla Costa d’Avorio dopo una serie di esperienze fortemente traumatiche che erano culminate nell’uccisione di un suo amico fraterno, aveva sviluppato un quadro di dolori alle gambe senza riscontri obbiettivabili. Aveva collezionato una serie di prescrizioni di FANS che assumeva disordinatamente senza trarne alcun beneficio. Era completamente bloccato nelle sue attività (al suo paese faceva il calciatore) e reagiva depressivamente di fronte a questa sintomatologia che nessuno aveva saputo risolvere. L’intervento di un medico che parlava francese, che si era correttamente sintonizzato con lui decodificando il senso del suo disturbo nel ricollegarlo al processo migratorio piuttosto che andando alla ricerca di un’alterazione organica, lo aveva aiutato a ritrovare il coraggio di andare avanti, facendo leva sui suoi punti di forza.

Il medico di medicina generale è il primo che può accettarli, accompagnarli, sostenerli senza abbandonarli, finché non saranno in grado di camminare da soli.

Riferimenti bibliografici

- Berlincioni V. (2011) *I sogni nelle culture* in “Sogno o son desto?”, Senso della realtà e vita onirica nella psicoanalisi odierna (a cura di G. De Giorgio, F. Petrella, S. Vecchio). Franco Angeli, Milano, pp. 88-104.
- Berlincioni V. (2018) *Nuove prospettive sulla clinica dei migranti*. Quaderni della Fondazione Romagnosi, pp. 3, 31-46.
- Cassel E.J. (1976) *The Healer'Art: a New Approach to the Doctor-Patient Relationship*. New York, Lippicot.
- Kossi Komla-Ebri (2002) *Imbarazzismi* Ed. Dell'Arco, Milano.
- Mazzetti M. (1996) *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. L'Harmattan Italia, Torino.
- Zempléni A. (2005) *Dal sintomo al sacrificio. Storia di Khady Fall* in “Antropologia della cura”. Bollati Boringhieri, Torino.

PSICOLOGIA DEI FARMACI: METABOLISMO PSICHICO E

FARMACOTERAPIA CENTRATA SULLA PERSONA

Secondo Fassino

Il medico stesso è il farmaco principale che viene somministrato al paziente. Michel Balint, 1957

Premessa: La relazione terapeutica e il cambiamento secondo la psichiatria psicodinamica aiutano a ripensare la relazione curante-curato

Lo psichiatria, grazie alle neuroscienze divenuta oggi *di per sé* psicodinamica, considera il sintomo psicopatologico – ansia, depressione, ossessione, delirio etc. – come portatore di una duplice valenza, senso: esprime cioè sia i segni del disturbo/malattia, sia meccanismi creativi del soggetto di difesa e autoprotezione nei confronti dello stesso. La psichiatria psicodinamica vuole comprendere cosa influenza il sintomo, attraverso un'osservazione attenta del paziente; assumono quindi importanza sia le dinamiche intrapsichiche del paziente, sia quelle relazionali e la sua modalità di instaurare rapporti, in primis, con il terapeuta. Contributi neurobiologici – riguardanti la memoria procedurale, le funzioni del sogno e dei meccanismi di difesa, i processi biopsicologici dell'attaccamento e dell'empatia/compassione, processi intrapsichici/interpersonali – hanno riconosciuto la prevalente caratteristica *implicita*, più affettiva che cognitiva, inconscia più che consapevole, di tale dinamica relazionale paziente-terapeuta, con effetti trasformanti già nell'immediato del contesto di cura.

La mole di ricerche della *brain science* invitano a cercare il nucleo del meccanismo del cambiamento nel *contatto profondo* tra paziente terapeuta, tra le reciproche emozioni, espressioni implicite non verbali più che esplicite/verbali: cervello destro, più che sinistro, con sequenze quindi di *contagi* e di trasformazioni reciproche. Si attuerebbe nell'incontro una riorganizzazione – attraverso la messa in atto di nuovi comportamenti, emozioni – di vecchie memorie patogene verso una *nuova memoria* prevalentemente, ma non solo, implicita frutto del coinvolgimento emotivo empatico *ottimale* del terapeuta nella relazione con il paziente. Atteggiamento e controatteggiamento sono il risultato della rielaborazione emotiva da parte del paziente e del terapeuta del continuo scambio di affetti, fiducia, speranza, rifiuti, emozioni, aspettative.

I fattori psicologici della relazione medico-paziente, anche negli aspetti sofisticati di cui sopra, hanno spiccata rilevanza in tutti i processi riguardanti la somministrazione di ogni tipo di farmaco, fino a configurare una sorta di metabolismo psichico del farmaco.

Le osservazioni e le ricerche che collegano le reazioni agli stress, nelle malattie sia somatiche che psichiche, agli aspetti psicobiologici nella patogenesi e nelle risposte *difese* del soggetto, enfatizzano il ruolo dell'approccio alla *persona*, non solo quindi alla malattia o al paziente.

La medicina basata sulla persona, sulla personalità del paziente e del medico, sta diventando un'esigenza irrinunciabile come confermato dal programma istituzionale della World Psychiatric Association a partire dal 2007. L'espressione medicina personalizzata tuttavia connota più spesso le caratteristiche del genoma del paziente piuttosto che la comprensione della persona.

L'approccio biopsicosociale (BPS) – articolazione di fattori biologico-genetici, psicologici e socio-culturali – vero nucleo della medicina psicosomatica, narrativa, approccio alla persona, etc. – prende forma oltre che come procedimento diagnostico complessivo, ancor di più come progetto terapeutico disegnato sulla personalità del paziente. Esso riduce le resistenze ai trattamenti e i fattori di perpetuamento e può condizionare la qualità dei trattamenti persino negli aspetti etici ed economici.

Rispetto alla vastità e complessità delle ricerche sulla psicologia dei farmaci qui ci si limita a considerare il cosiddetto *metabolismo psichico* del farmaco e la farmacoterapia *centrata sulla persona*.

Metabolismo psichico dei farmaci

Il farmaco da sempre è caratterizzato da significazioni magico-simboliche. I riti della sua somministrazione già nell'antichità rimandavano all'azione di forze oscure più o meno trascendenti. Il valore carismatico del personaggio mediatore del rapporto curativo, l'attivazione di forme di partecipazione di gruppo, catartiche, liberatorie, ha caricato di senso, di forze e di valori comunicativo-relazionali il farmaco, implementando o talora contrastando le sue proprietà curative chimiche. Questi aspetti sono evidenziabili per esempio nelle ricerche neurofisiologiche sul placebo/nocebo.

Come si presenta nella realtà psicologica lo psicofarmaco, con ulteriore evidenza, ha un alone semantico superiore a quello della realtà farmacologica (composizione, quantità, tipo di somministrazione). Sullo psicofarmaco si proiettano paure, speranze, desideri dei pazienti, dei loro famigliari, dei medici ed anche delle strutture istituzionali.

Nel trattamento farmacologico, come è noto, sono coinvolti diversi processi: farmacodinamico, farmacocinetico e terapeutico. Mentre la farmacodinamica studia gli effetti del farmaco sull'organismo in particolare l'interazione tra farmaci e recettori, la farmacocinetica studia gli effetti dell'organismo sul farmaco, ossia i

processi che condizionano il raggiungimento ed il mantenimento di un'adeguata concentrazione dei farmaci nei vari compartimenti. L'effetto terapeutico è il risultato clinico delle azioni cinetiche e dinamiche sui sintomi e disturbi per i quali è indicato quel determinato farmaco.

La psicologia dei farmaci che comprende sia la farmacoterapia psicodinamica che i fattori aspecifici nei trattamenti farmacologici, gli effetti placebo e nocebo, si propone di studiare le variabili psicologiche come pure psicosomatiche e neurobiologiche, che si accompagnano alla prescrizione, alla assunzione e al metabolismo biologico dei farmaci. Essa è rivolta quindi ad approfondire l'azione sinergica od antergica che le informazioni – biologiche, mentali e sociali – veicolate dal farmaco esercitano nella trasformazione del processo farmacologico in processo terapeutico. Non sempre infatti ad un effetto farmacologico segue un effetto terapeutico, né ad un effetto terapeutico si accompagna sempre un ben definibile effetto farmacologico.

Le emozioni del rapporto medico/paziente

Le componenti consce, inconscie, esplicite, implicite della relazione medico-paziente sono del tutto rilevanti ai fini del metabolismo *psichico* dei farmaci, a sua volta correlato ai processi biologici responsabili della trasformazione dell'effetto farmacologico in effetto terapeutico. I diversi aspetti dell'interazione medico-paziente, dalla speranza, alla fiducia/sfiducia, alla aspettativa/o delusione del paziente verso il terapeuta, al comportamento empatico/compassionevole del medico sono ora studiate nelle loro complesse funzioni cerebrali, anche da un punto di vista delle dinamiche neuropsicologiche profonde, come supposte dalla recente neuropsicoanalisi. È questa una scienza recente che si propone di collegare le dinamiche delle reti neuronali del cervello alle dinamiche psichiche della coscienza, emotività, meccanismi di difesa dall'angoscia, attaccamento, etc.

Uno degli elementi chiave del rapporto medico-paziente è la fiducia, aspettativa e speranza. L'amigdala, per esempio, è coinvolta nei meccanismi d'ansia e nei vissuti di inaffidabilità. La maggior attività dell'amigdala correla con un più marcato giudizio di inaffidabilità sulla persona. L'ossitocina, invece, è considerata l'ormone dell'attaccamento, aumenta la fiducia accrescendo il legame tra questa e i suoi recettori.

Le parole e gli atteggiamenti attivanti emozioni legate alla speranza e alla fiducia agiscono come potenti frecce che colpiscono precisi bersagli nel cervello, che sono gli stessi dei farmaci usati nella pratica clinica. Esse attivano le stesse vie biochimiche di farmaci come morfina e aspirina, ma ci suggerisce Benedetti nel 2018 "visto che nel corso dell'evoluzione sono nate prima le parole e poi i farmaci, è più corretto dire che i farmaci attivano gli stessi meccanismi delle parole... i

farmaci utilizzano gli stessi meccanismi neurobiologici delle parole, della speranza, dell'interazione... la speranza è un'entità concreta che ha il potere e la forza di modificare il cervello e l'intero organismo". Tecniche di brain imaging evidenziano che un farmaco oppioide – remifentanil – e parole, e/o atteggiamenti, positive di speranza attivano le stesse regioni della corteccia cerebrale cingolata anteriore e la corteccia orbitofrontale. Parole positive comunicate a pazienti con depressione attivano le medesime aree corticali come pure il neurotrasmettitore serotonina. Lo studio della mancanza di speranza, e del senso di impotenza a essa collegato, ha dimostrato il coinvolgimento sia del sistema serotoninergico che di quello noradrenergico. Per esempio, esiste una correlazione negativa tra l'attivazione dei recettori della serotonina nella corteccia prefrontale dorsolaterale e il grado di mancanza di speranza.

Placebo e nocebo

I fenomeni placebo e nocebo sono aspetti peculiari e non definitivamente esplorati del metabolismo psichico del farmaco. Per placebo si intende l'effetto terapeutico di una sostanza priva di azione farmacologica. Questo fenomeno di per sé evidenzia l'importanza delle dinamiche/comunicazioni intrapsichiche nell'attribuzione di valenze simboliche e rituali a oggetti, situazioni o persone. Nelle ipotesi psicodinamiche, secondo la scuola psicoanalitica adleriana, accentuati inappagati bisogni di appartenenza, orientano settori inconsci del Sé, specie il Sé Creativo, ad attribuire una forte carica di protezione e salvaguardia ad alcune relazioni significative mediate dai farmaci. Il prototipo di questa relazione intrapsichica amorevole, attivabile da fenomeni simbolici interpersonali, sarebbe da ricercarsi in esperienze carenti della cosiddetta *tenerenza primaria* della diade madre-bambino. Meccanismi *psicosomatici* di influenzamento della psiche sul soma – e viceversa – erano già da Adler ipotizzati nel concetto di compensazione psichica dell'inferiorità d'organo: oggi si ritiene che questi aspetti psicosomatici starebbero alla base dei processi biologici (neurotrasmettitori, neuromodulatori endorfinici) che anche tramite la psiche sostengono l'effetto terapeutico. Tra i diversi modelli esplicativi, quello psicobiologico delle reazioni da attaccamento/e perdita sembra particolarmente fruibile nel modello biopsicosociale. Queste reazioni sono associate alla creazione, mantenimento e perdita dei legami importanti per la sopravvivenza.

Il vero effetto placebo è un fenomeno psicobiologico che avviene nel cervello del paziente dopo la somministrazione di una sostanza inerte o di un trattamento medico simulato, associata ad una suggestione esplicita di natura verbale o non verbale, prossemico o di altro tipo implicito che faccia presumere al paziente, più o meno consapevolmente, di ottenere un beneficio clinico. Comprendere i

meccanismi biologici dell'effetto placebo significa capire come il contesto psicosociale influenza il cervello del paziente. Oggi si ritiene che i meccanismi psicosociali siano simili a quelli attivati dai farmaci, nel senso che stimoli sociali possono attivare nel cervello del paziente neurotrasmettitori che si legano agli stessi recettori ai quali si legano gli agenti farmacologici. Si verifica quindi un'interferenza tra il contesto psicosociale e l'azione del farmaco tramite una modulazione cognitivo-affettiva dell'azione del farmaco. L'attaccamento al curante o ai simboli dell'accudimento, del prendersi cura sarebbe rafforzato dalle aspettative del paziente, dalle aspettative del curante, dal prestigio del curante e dalla qualità della relazione col curante. I correlati neurochimici dello stress da perdita/separazione sarebbero legati alla disattivazione dei sistemi noradrenergici e oppioidi, mentre l'attivazione di questi sistemi come pure di quelli dopaminergici e gabaergici sarebbe connessa ai fenomeni dell'attaccamento.

Come noto ai farmacologi, non tutti i soggetti sono placebo-responders. L'effetto placebo è la amplificazione della tendenza del soggetto con un adeguato livello di Sentimento Sociale a fidarsi degli altri, a chiedere aiuto, ad aiutarsi se ci si sente o crede, aiutati, attivando *per contagio* un processo di autoincoraggiamento. Potrebbe esprimere talora invece la tendenza patologica alla dipendenza, alla suggestionabilità. Ulteriori studi sono necessari per definire gli aspetti psicobiologici di questa formidabile tendenza di autocura dell'individuo, risorsa che spesso è sottovalutata o per altri aspetti non eticamente impiegata. Essendo quindi il placebo – attivatore di speranza e aspettativa di sollievo – un effetto di contesto psicosociale, questi dati indicano che parole e rituali dell'atto terapeutico cambiano la chimica e circuiti delle reti neurali del cervello. I meccanismi attivati da placebo sono gli stessi di quelli attivati da farmaci con effetti cognitivo/affettivi. Se le aree prefrontali sono danneggiate, le risposte placebo sono ridotte o mancano totalmente, come accade nell'Alzheimer. Questi meccanismi nel medico e nel paziente sono probabilmente collegati, interattivi e interdipendenti. Tecniche brain imaging evidenziano che le stesse regioni cerebrali attivate quando i pazienti ricevono un placebo (convinti di prendere un farmaco) si “accendono” nel cervello dei medici quando questi somministrano delle terapie che pensano efficaci; gli esami cerebrali evidenziano che medici che hanno avuto una maggiore empatia con i sentimenti dei loro pazienti, sperimentano anche la maggiore soddisfazione durante il trattamento.

Il nocebo presenta aspetti in parte speculari al placebo. È un fenomeno, ancora poco studiato, evidenziato da Delay e Pichot fin dal 1962. Si riferisce alla comparsa di effetti collaterali indesiderabili conseguenti alla somministrazione di sostanze placebo, oppure più recentemente, comprende gli effetti collaterali

impropri per farmacodinamica, per tipo ed entità di (psico)farmaci.

Gli effetti nocebo esprimerebbero la cosiddetta farmacoresistenza da fattori non farmacologici. La mancanza di effetto terapeutico del farmaco non sarebbe in questo caso imputabile a inadeguata indicazione o compliance e neppure verosimilmente all'assenza di effetto farmacologico. Essa rappresenterebbe l'azione di fattori inconsci oppositivi al processo di guarigione. Tali fattori potrebbero essere l'espressione di istanze aggressivo-regressive con intenti difensivi nei confronti della paura del cambiamento; esse, mediante processi tipici del linguaggio degli organi, interagirebbero con il metabolismo biochimico del farmaco.

Questa farmacoresistenza, analogamente alla resistenza psicologica, poggia sulle ipotesi di funzionamento ambivalente di alcune strutture psichiche coinvolte sia nell'origine del disturbo che dei sintomi di difesa psicopatologica dal momento che i sintomi psicopatologici hanno una finalità ambivalente: essi esprimono deficit, scissione, frammentazione e al contempo difesa e tentativo di riparazione; possono segnalare un conflitto tra istanze o finalità, come pure l'impossibilità di una soluzione adattativa, una difesa ma anche un'espressione creativa, il bisogno di avanzare e al contempo di retrocedere, etc. etc. Ogni intervento terapeutico, farmacologico o psicologico, può minacciare quindi l'equilibrio instabile, per quanto doloroso, che il sintomo rappresenta, provocando le resistenze al cambiamento, all'abbandono dei sintomi a favore di un adattamento più evoluto e creativo del soggetto.

L'effetto nocebo costituisce l'evidenza maggiore che l'ansia abbia una parte nella risposta al placebo. Per indurre l'effetto nocebo, si somministra una sostanza inerte e contemporaneamente il paziente è portato a credere, attraverso uno stimolo verbale negativo, che questo porterà un peggioramento delle sue condizioni, ad esempio un aumento del dolore. Aspettativa di gratificazione placebo e nocebo sembrano essere associati con risposte opposte della dopamina e degli oppioidi endogeni in un network distribuito di regioni che formano parte del circuito della gratificazione e della motivazione. Le aspettative riguardano eventi futuri che non influenzano soltanto l'ansia, ma possono anche indurre cambiamenti fisiologici attraverso i meccanismi della gratificazione. Questi meccanismi sono mediati da specifici circuiti neuronali che collegano le risposte cognitive, emotive e motorie e sono stati tradizionalmente studiati nei modelli sperimentali di ricerca con ricompense naturali, monetarie e farmacologiche.

Farmacoterapia centrata sulla persona

La maggioranza dei sistemi curativi medici contemporanei tenta di prendersi cura delle persone focalizzandosi solamente sui sintomi, il che conduce non raramente a deboli, transitori benefici di salute con insoddisfazione nei pazienti e nei clinici. L'efficacia di un trattamento dipende, come ha sottolineato Rovera, in maniera sostanziale dall'*atteggiamento e stile terapeutico* del clinico verso il malato e dalla sua capacità di comprendere che il paziente è una persona dotata di consapevolezza di sé e della volontà di dirigere il proprio futuro. Questo insieme di atteggiamenti di modi di fare essere medico concorre a configurare la competenza e l'attitudine psicoterapeutica del medico: competenza sulla personalità del paziente, ma pure sulla propria personalità. La cura centrata sulla persona promuove la consapevolezza di sé con uno speciale sentimento di cooperazione in una prospettiva interpersonale di appartenenza. Tali cambiamenti di prospettiva facilitano lo sviluppo di quei meccanismi di auto-realizzazione, *speranza, empatia e rispetto* che secondo Cloninger configurano una triade sinergica e che promuovono costantemente il benessere della persona.

La valutazione della personalità nell'incontro terapeutico è una base fondamentale per favorire un'*alleanza* di lavoro tra medico e paziente efficace con obiettivi condivisi. Aiutare una persona a riflettere sulla propria personalità restituisce al soggetto una rappresentazione delle sue risorse e debolezze nell'adattarsi alle continue sfide della vita (Vedi anche la Voce Relazione medico paziente).

Psicofarmacoterapia

La psicofarmacoterapia, ritenuta oggi scientifica e basata sull'evidenza è spesso il trattamento principale per tutti i maggiori disturbi psichiatrici. Tuttavia essa non di rado è accusata di essere un semplice trattamento sintomatico, spesso principalmente legato all'effetto placebo, e addirittura di riflettere un'inappropriata medicalizzazione dei problemi della vita. Purtroppo vi sono anche persone che pensano che la psicofarmacoterapia sia un'arte oscura e un'espressione di una psichiatria *velenosa*.

Nonostante lo sviluppo straordinario di conoscenze nel settore c'è spesso notevole discrepanza tra effetto farmacologico ed effetto terapeutico di un farmaco. Tale divario si riduce quando la farmacoterapia diventa efficace se viene inserita in un sistema di cura che sia globale e fondata su *attitudini di tipo psicoterapeutico* dell'agire medico. Diverse Linee Guida USA prescrivono che ogni medico che somministra uno psicofarmaco attivi col paziente al contempo un management psicoterapeutico.

La psicofarmacologia razionale spesso è identificata con l'azione dei farmaci

nei disturbi mentali in termini esclusivamente biologici. I pazienti sono comunemente trattati come organismi biologici che rispondono in maniera neurochimica ai farmaci, ma non anche come soggetti che rispondono al *senso* – significato e direzione – che hanno quei farmaci e quei disturbi mentali nella loro esistenza in quel momento. Paradigmi psicofarmacologici convenzionali focalizzati principalmente sulla prospettiva del sintomo e su trattamenti uguali per tutti sono considerati inadeguati perché influenzano negativamente il rapporto medico-paziente. Trattare una patologia psichiatrica solamente come un disturbo del cervello senza trattare la persona intera è sempre più spesso considerato dannoso. Inoltre sono gli stessi progressi nella genomica e farmacogenomica dei disturbi mentali a promettere trattamenti più personalizzati ed efficienti.

La genetica, la storia personale, anche farmacologica, e le comorbidità possono influenzare significativamente la risposta dell'individuo al trattamento farmacologico. La psicofarmacoterapia centrata sulla persona attinge alla prospettiva biopsicosociale della medicina e include un approccio psicologico individualizzato perché ogni paziente è un individuo unico composto da corpo, mente con valori, simboli guida e riferimenti spirituali che, secondo Cloninger, concorrono alla *autotrascendenza*: dimensione che guida lo sviluppo del carattere tramite l'interiorizzazione delle funzioni genitoriali. La sensibilità a differenti farmaci varia da un individuo ad un altro. Quando si programma una psicofarmacoterapia è importante quindi scegliere medicine che a) possano trattare le comorbidità presenti, b) non abbiano particolari effetti collaterali, c) non complichino una patologia medica, d) non abbiano interazioni negative con altre medicine indicate, e) abbiano effetti collaterali che possano essere di beneficio per il paziente, f) siano preferite dal paziente, g) siano risultate efficaci in parenti stretti del paziente. In generale, il regime ottimale di trattamento, in termini di scelta del farmaco, dosaggio, durata, efficienza (efficacia e tollerabilità), dovrebbe essere cucito attorno all'individuo e centrato sulla persona.

La psicofarmacoterapia centrata sulla persona è pertanto strettamente associata alla creazione di un contesto relazionale cognitivo e affettivo favorevole di trattamento che promuova l'alleanza terapeutica e la partecipazione. I pazienti assegnano un *senso* e rispondono più o meno attivamente ai significati che patologia, malattia e trattamento hanno per loro e per i loro medici: per questo ogni trattamento è associato a risposte placebo o nocebo che possono modificare significativamente la trasformazione dell'effetto farmacologico in effetto terapeutico. La psicofarmacoterapia centrata sulla persona è quindi una pratica orientata all'aumento della risposta placebo e riduzione della risposta nocebo: essa promuove uno spostamento da un modello di patologia impersonale e da un

demoralizzante scetticismo prognostico verso un ottimismo prognostico e alla *recovery*: condizione di compenso, miglioramento clinico, più ampio rispetto alla sola riduzione dei sintomi e che comprende un importante recupero di qualità di vita, autonomia e creatività. L'efficienza di trattamento dipende da cosa gli psichiatri e i pazienti credono sul funzionamento del farmaco, dalla qualità della relazione medico-paziente, quindi dalla reciproca fiducia e rispetto e dalla espressività emotiva, spesso rivolta a critica e rifiuto, nella famiglia del paziente, in un contesto comunque di costante rispetto dei diritti umani del paziente.

Le difficoltà e gli insuccessi dell'*engagement* del paziente e dell'alleanza sono considerati tra i più gravi aspetti della crisi di efficacia della psichiatria attuale. Alcuni pazienti lamentano scoraggianti interazioni con i professionisti della salute mentale, che generano sentimenti di mancanza di rispetto e di incoraggiamento. La mancanza di speranza, come si è detto, ha conseguenze dannose in termine di non aderenza al trattamento e accresce la probabilità di risposte nocebo.

La non aderenza ai farmaci per la salute mentale è solitamente associata alla nozione di *resistenza da fattori non farmacologici* dove l'opposizione più o meno consapevole al farmaco può essere legata a profonda inespressa inconscia sfiducia, demoralizzazione, rabbia, ostilità, angoscia, etc., ma pure alla paura del cambiamento: il paziente è convinto di non essere in grado di sostituire i sintomi psicopatologici con altri tipi più vantaggiosi di reazione o resilienza. È la condizione dei cosiddetti pazienti "difficili da trattare", come quelli senza consapevolezza di malattia, con minimo contatto, con atteggiamenti negativi nei confronti dei farmaci, preoccupati per gli effetti collaterali e per le aspettative negative del trattamento farmacologico, i pazienti sospettosi e paranoidi, i pazienti che hanno bisogno di sentirsi al comando, i pazienti carichi di informazioni errate, i pazienti con risposta nocebo, ecc. ecc.

È importante comunque ricordare che il rapporto speciale inconsapevole e implicito col farmaco che ogni paziente ha è legato alle dimensioni della personalità che contraddistingue in maniera unica e irripetibile quel paziente.

Aspetti del metabolismo psichico del farmaco correlano con i significati che il farmaco veicola a seconda dei tratti di personalità del paziente. Le caratteristiche del rapporto-comunicazione che il paziente ha con il farmaco ripetono quelle proprie dello Stile di vita del soggetto: ambivalenza, rifiuto, paura, appetizione, uso, abuso, distorsione d'uso, filia, fobia, dipendenza, resistenza all'uso sono aspetti del metabolismo psichico del farmaco che ricalcano altrettanti stili relazionali e intrapsichici di *quel paziente*. Quanto detto può applicarsi alla pratica medica di base per tutti i farmaci che vengono erogati, ma è di particolare importanza quando il medico di medicina generale prescrive psicofarmaci, come l'orientamento attuale suggerisce per le patologie psichiche minori.

Conclusione

I pazienti sono *persone* che attribuiscono, più spesso implicitamente, un *sensu al farmaco* il quale ne condiziona per via neurobiologica l'effetto clinico. Essi rispondono più o meno attivamente ai significati che patologia, malattia e trattamento hanno per loro e per i loro medici. Ogni trattamento è associato a risposte placebo o nocebo che possono modificare considerevolmente l'esito generale del trattamento. "*Persona*" implica ciò che è unico e idiosincratico riguardo ad un individuo, mentre al contrario ancora oggi prevalentemente le diagnosi psichiatriche attuali concernono le caratteristiche comuni di un gruppo di persone che permettono loro di essere inserite nella stessa categoria.

La psicofarmacoterapia centrata sulla persona è una pratica orientata all'aumento della risposta placebo e riduzione della risposta nocebo. I problemi posti dalla psicologia dei farmaci accrescono il valore della *relazione terapeutica* e l'indicazione alle terapie combinate – farmaci e psicoterapia – secondo il modello biopsicosociale. Questo orientamento è cruciale in ogni setting clinico per il trattamento dei pazienti psichiatrici, inclusi il trattamento ospedaliero, il lavoro di consultazione-liaison, la gestione medica di pazienti difficili e resistenti, etc. etc. ed è fondamentale anche nella pratica quotidiana del medico di medicina generale.

L'acquisizione di specifiche competenze psicoterapeutiche consente al medico di sviluppare capacità relazionali preziose per tutti gli incontri con i pazienti, anche quelli in trattamento esclusivamente farmacologico. La relazione, anche di una certa profondità, è spesso necessaria per favorire nel paziente il vissuto di sentirsi ascoltato, confortato e di potersi fidare del terapeuta: da questi vissuti si rialimenta la autostima e quindi la speranza di miglioramento. La speranza, si è detto, agisce per via neurochimica sugli stessi recettori cerebrali dei farmaci antidepressivi e analgesici.

Con i farmaci per la salute mentale disponibili ora è possibile ottenere tramite l'individualizzazione e personalizzazione dei trattamenti una riduzione delle resistenze e degli effetti nocebo e quindi un maggiore impatto ed un miglior esito delle cure. Secondo molti esperti, la psicofarmacoterapia tecnica e impersonale è generalmente insufficiente per la *recovery* completa. Metabolismo psichico del farmaco e psicofarmacoterapia centrata sulla persona evidenziano come il processo di *recovery* sia molto più di un riequilibrio chimico legato ai farmaci per la salute mentale e della loro biodisponibilità nel sangue e nel cervello. Creare un contesto terapeutico positivo in cui gli psicofarmaci sono prescritti ed usati da pazienti che sono e si sentono protagonisti del trattamento è una componente essenziale per l'efficacia delle cure. Un approccio integrativo centrato sulla persona comporta il simultaneo e sinergico impiego di farmaci per la salute mentale, di interventi

psicologici, interpersonali e familiari nel contesto di trattamenti orientati al benessere e non solo alla riduzione dei sintomi psicopatologici.

Riferimenti bibliografici

- Balint M. (1955): *Medico paziente e malattia*. Feltrinelli, Milano, 1988.
- Benedetti F. (1956): *Il cervello del paziente. Le neuroscienze della relazione medico-paziente*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2012.
- Benedetti F. (2018): *La speranza è un farmaco*. Mondadori, Milano.
- Cloninger C.R. (2004): *Sentirsi bene. La scienza del benessere*. CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2006.
- Del Corno F., M. Lang, G. Taidelli (1985): *Il medico, il paziente e le loro medicine*. Franco Angeli, Milano.
- Fassino S., Abbate Daga G., Leombruni P. (2010): *Manuale di psichiatria biopsicosociale*. Ed. Ermes Editore, Torino.
- Fassino S. (2017): *Neuroscienze e dinamiche profonde del cambiamento nella relazione psicoterapeutica*. In: “Rivista di psicologia individuale”, 82, 29-53.
- Gabbard G. O. (1995): *Trattamenti dei disturbi psichiatrici*, R. Cortina, Milano, 2016.
- Jakovljevic M., Abou-Saleh M. T. (2017): *Person-Centered Psychopharmacotherapy*. In Mezzich J. E., Christodoulou G., Cloninger C. R. et al. (Eds): “Person-Centered Psychiatry”, Springer, Cham.
- Northoff G. (2011): *La neuropsicoanalisi nella pratica clinica*. Ananke Editore, Torino, 2015.
- Rovera G. G. (2015): *Lo Stile terapeutico*. In: “Rivista di psicologia individuale”, 79, 19-86.

RELAZIONE MEDICO PAZIENTE

Daniela Bolelli

Capita non di rado che il rapporto tra paziente e medico sia difficile, infelice ed anche spiacevole. È in questi casi che il farmaco "medico" non funziona come previsto. Michel Balint

La relazione medico paziente

La relazione medico paziente si basa su una comunicazione complessa che ha l'obiettivo di curare una persona malata. La relazione che si instaura tra curante e curato è la modalità che consente di fare operazioni tecniche diagnostiche terapeutiche, ma non è soltanto il mezzo per veicolare tali provvedimenti, oltre che uno strumento per curare essa è anche un importante fattore di cura, anzi secondo Balint è senz'altro il più importante fattore terapeutico a disposizione del medico di medicina generale.

Oggigiorno è ormai accertato anche con gli studi neurobiologici che nell'incontro curante curato si attua una riorganizzazione emotiva e cognitiva in entrambi i membri della coppia per il continuo scambio di affetti di opposte polarità come speranza e delusione, fiducia e sfiducia, stima e disprezzo e così via (vedi voce Psicofarmacologia dei farmaci). È estremamente importante che il medico, consapevole di questo, sia preparato anche dal punto di vista della comunicazione per poterne trarre tutti i vantaggi terapeutici che essa offre.

La relazione medico paziente è mirata alla costruzione della alleanza terapeutica che facilita il processo di cura e l'eventuale guarigione. Un'alleanza che può non decollare mai con effetti negativi per entrambi i membri della coppia perché, se dal lato del paziente è a rischio il miglioramento e la possibile guarigione, da quello del medico è a rischio la credibilità fino al punto che può rimanere vittima, anche a torto, di un contenzioso legale promosso da un paziente insoddisfatto per un risultato diverso dalle sue aspettative.

Una buona alleanza terapeutica è quindi anche la miglior difesa per il medico al di là del suo operato diagnostico terapeutico.

La comunicazione alla base dell'alleanza terapeutica

È noto che la comunicazione con la quale si esprime ed arricchisce la relazione tra due persone è fatta di molte componenti: l'ascolto (vedi voce Ascolto), il silenzio, la comunicazione verbale (il parlare), la comunicazione paraverbale (il tono, le

pause, il turno di parola) e quella preverbale (mimica, gestualità, postura) ed anche il modo di presentarsi e quello di accogliere (dall'abbigliamento, all'ambiente che offriamo per visitare, alle modalità di accoglienza) ai quali spesso non prestiamo attenzione, ma che dicono molto sulla persona.

La comunicazione non verbale

L'importanza di questi due ultimi fattori è molto evidente negli eccessi (piercing, tatuaggi, grandi scollature ad es. non sono ben accettati da coloro che, in posizione di dipendenza, desiderano autorevolezza e non riescono ad avere fiducia in chi mostra troppa distanza dagli standard di ruolo). Comunicazioni preverbal e modalità di accoglienza sono tanto evidenti negli aspetti più clamorosi, ma in generale sono poco valutati nelle loro espressioni meno appariscenti con la conseguenza che viene sottostimata la loro portata comunicativa: un abbigliamento trascurato come anche una scrivania in disordine ad esempio generalmente ispirano meno fiducia e un medico che non saluta per primo porgendo la mano o fa cenno di entrare rispondendo al telefono senza scusarsene, comunica una scarsa sollecitudine quando addirittura non suscita sentimenti di essere poco considerati. Siamo abituati a sovrastimare la comunicazione verbale rispetto alle altre modalità, ma è da notare che se da un lato essa è indispensabile per indagare e compilare un'attenta anamnesi e per comunicare al paziente quanto abbiamo capito della sua malattia e le prescrizioni terapeutiche, dall'altro confidare soprattutto in essa può avere delle conseguenze negative sull'alleanza terapeutica.

La comunicazione verbale

La comunicazione verbale può alienarci le simpatie del paziente in vari modi. Per i suoi contenuti quando veicola pareri e giudizi del medico che non rispondono ai bisogni del paziente ma ai propri, come quello di sedare un moto personale di ansia, ma anche perché risulta eccessiva nel rispondere. Infatti è sempre più utile, ma soprattutto lo è nel caso di malattie gravi o mortali, rispondere con la maggiore semplicità e precisione possibile alla domanda senza allargarsi oltre il richiesto per non introdurre nuove ansie nel paziente che, se vorrà, potrà formulare altri interrogativi. Ovviamente è necessario osservare la reazione alla risposta perché se con il linguaggio preverbale il paziente dimostra insoddisfazione è necessario chiedergli: "cosa c'è che non va? La vedo turbato" per invitarlo in una forma generica, con una domanda aperta, a esprimersi ulteriormente (vedi voce Ascolto). Anche le spiegazioni sugli obblighi che il SSN impone ai medici risultano particolarmente indigeste a molti pazienti che ne raccolgono più l'aspetto di lamentazione da parte del curante che il contenuto di limite imposto da un terzo esterno alla

relazione della coppia curante curato. Un po' come se fosse che in ambulatorio ha diritto di lamentarsi soltanto il malato. In definitiva il parlare troppo del medico, in generale motivato dal suo bisogno di zittire il paziente o di convincerlo, invece di sortire l'effetto desiderato il più delle volte stimola risentimenti che, inespresi, vanno a minare l'alleanza terapeutica. Ricordiamoci inoltre che in ogni commento che facciamo al di là dell'indagine e delle spiegazioni inerenti le prescrizioni terapeutiche esprimiamo una valutazione secondo il nostro sistema di valori (che può confliggere con quello del paziente) a cominciare dalla scelta delle parole. Basti un solo esempio: comunicheremo messaggi diversi se sceglieremo di dire che un parente è stato "lasciato" in ospedale o "abbandonato" o "dimenticato".

Le aspettative del paziente

Un altro aspetto molto importante da conoscere per sfruttare appieno la terapeuticità di una buona comunicazione medico/paziente riguarda l'attenzione che il curante deve avere nei confronti delle aspettative di chi si rivolge a lui per essere curato. Sappiamo per certo che le aspettative del paziente influiscono in maniera significativa sul suo stato di malattia ed è quindi importante che, nel relazionarsi con lui, il medico sappia sostenere e promuovere le aspettative di miglioramento e/o guarigione. Per farlo deve sviluppare le sue capacità empatiche al fine di poter avvertire tempestivamente ogni cedimento o perplessità del suo assistito per orientare la comunicazione con lui in senso terapeutico. Per essere efficace potrà mettere in atto interventi non tanto di rassicurazione, ma di sostegno. Ad esempio potrà per prima cosa dare voce, con atteggiamento comprensivo, nominandoli, ai sentimenti di paura e incapacità per passare poi a suggerire una speranza realistica facendo riferimento, se vi sono nella storia clinica del paziente, a altri eventi patologici che il paziente è riuscito a superare nonostante le difficoltà che presentavano. Non serve riferirsi a situazioni cliniche di altri, pertanto se non si è a conoscenza di pregressi riguardanti il malato in trattamento dopo aver evidenziato i suoi sentimenti, può essere utile chiedere se vi sono state precedenti esperienze frustranti, quindi indagarle con lui per poi sottolineare, discretamente e in via ipotetica per evitare che si senta non capito come se la facessimo troppo semplice, le differenze con la situazione attuale.

La comunicazione attraverso il corpo

Dobbiamo riflettere che nel caso della relazione medico paziente a queste componenti generali della comunicazione si aggiunge quello che è l'aspetto peculiare della professione il potere/dovere toccare il corpo del paziente.

Una buona alleanza terapeutica si può stabilire se il medico riuscirà a integrare

in maniera armonica tutte queste componenti, dosandole in un misto che prevede l'oscillazione ora più su un registro, ora più su un altro in funzione del bisogno del suo assistito, senza mai escludere la visita medica. Bisogna che va individuato di volta in volta perché spesso accade che il medico presume di conoscerlo sulla base delle sue conoscenze teoriche generali senza interpellare e ascoltare attentamente il paziente. Ad esempio ci sono pazienti ai quali non è indispensabile fare una visita al corpo per formulare la diagnosi e stabilire la terapia opportuna, ma che richiedono che il medico tocchi la loro parte malata (ad esempio per potersi riconciliare con essa. Infatti il paziente può sviluppare un senso di estraneità se non un vero e proprio rifiuto per la sua parte malata). E non è detto che un tale bisogno sia espresso a parole perché il paziente può non essere in grado di farlo o non esserne consapevole, e quindi comunicare la sua esigenza unicamente attraverso il linguaggio corporeo (ad esempio dimostrando un'espressione di paura e di repulsione per la parte malata) (vedi voce Corpo).

La parola del medico si declina spesso nell'incontro con il corpo del paziente con varie modalità: stabilendo una complicità: "ho le mani fredde", preannunciando ciò che farà: "le farò un po' male", impartendo ordini che pretendono esecuzioni puntuali: "respiri profondamente, non respiri" ed anche con la costruzione di parole che assurgono a linguaggio speciale per il corpo come l'antica ingiunzione: "dica 33". Sono formule che hanno un significato diverso per il medico e per il paziente. Per il medico è un linguaggio che svolge una doppia funzione: è funzionale alla sua indagine, ma è anche utile perché risponde alle aspettative del paziente nel cui immaginario c'è l'idea di una competenza molto lontana dalle sue conoscenze che viene investita di qualità quasi magiche. Il malato dal canto suo vive tali pratiche come segno di profonda attenzione e cura oltre che di competenza.

Che fare delle emozioni che intercorrono tra medico e paziente

Una comunicazione così complessa e delicata risente moltissimo dell'impatto delle emozioni ed è necessario sapere che non è utile non prendere in considerazione le proprie o considerarle soltanto elementi interferenti e disturbanti il proprio operato. Al contrario è indispensabile che il medico accetti e sappia riconoscere le proprie emozioni da quelle più "accettabili" come la pena e la tenerezza, a quelle che non vorrebbe avere come la rabbia o che considera inaccettabili come il disgusto, insomma tutte le emozioni che percepisce come disturbanti il compito di cura. Accettarle è il primo passo per depotenziare l'effetto negativo che esse hanno sull'operatività. È vero che le emozioni sono spesso un grande ostacolo a comunicare e a costruire quell'alleanza che abbiamo detto indispensabile alla cura, ma poiché non possono essere eliminate è meglio saperle riconoscere tempestivamente

per far sì che non impediscano la costruzione di una valida alleanza con il paziente o, addirittura, non inducano in errori diagnostici, come alcune ricerche hanno già dimostrato.

Le emozioni disturbanti

Le emozioni dunque interferiscono prevalentemente sul modo in cui svolgiamo i nostri compiti, ma, spesso tale modo si ripercuote negativamente su ciò che facciamo. Infatti tutte, anche le emozioni che vengono considerate positive, possono indurre in errore. È risaputo ad esempio la non opportunità di farsi carico della cura dei familiari quando non si tratti di patologie banali. Familiari e cari amici che suscitino un grande coinvolgimento affettivo ottundono le capacità diagnostiche in quanto tendiamo a non voler vedere le cose che ci fanno soffrire. Quindi per affetto siamo portati a minimizzare e sottovalutare o anche possiamo cadere vittime di un'aumentata paura di sbagliare. Ma nel coinvolgimento affettivo disturbante possiamo mettere anche altre emozioni come la fascinazione che sentiamo nei confronti di alcune persone e la seduzione che a volte alcuni pazienti deliberatamente mettono in atto nei nostri confronti.

Vi sono poi le emozioni che giudichiamo negativamente. Quelle che si presentano con maggior frequenza sono la rabbia, l'imbarazzo, la noia, la rabbia, il disugusto.

Esse vengono suscitate in maniera episodica e lieve quasi da tutti i pazienti, ma per arrivare a interferire con il compito devono essere intense e/o sistematiche.

Il paziente difficile

Un paziente può essere "difficile" perché presenta una patologia di non facile identificazione e che impegna particolarmente, ma può esserlo anche perché si presenta con modalità che suscitano emozioni negative al di là della malattia per la quale ha cercato il medico. Queste modalità possono rimandare a due tipi di problematiche differenti. La prima è riferibile agli atteggiamenti che la maggioranza delle persone giudica negativamente perché vanno contro le regole alle quali il contesto sociale ci ha abituati che comunemente indichiamo come "buona educazione". Vi può essere una maggiore o minore sensibilità nei confronti dell'atteggiamento di non rispetto di queste regole, ma in generale comportamenti irrispettosi indispettiscono chiunque senza scatenare grosse reazioni emotive. Ma vi sono altre situazioni nelle quali il paziente suscita reazioni fortemente negative in alcuni medici e non in altri. Una è quella nella quale il paziente esprime posizioni che confliggono con il mondo dei valori personale del curante in particolare per l'ideologia alla quale si ispira (ad esempio a favore o contro l'aborto). Un'altra modalità

che suscita reazioni negative soltanto in alcuni è quella che si riferisce a comportamenti che urtano in quanto confliggono con le loro caratteristiche di personalità. Quando si tratta di caratteristiche personali è evidente che certi atteggiamenti diventano fortemente disturbanti per alcuni e non per altri. Mentre nel caso della maleducazione è abbastanza facile tollerare e non reagire fortemente dal punto di vista emotivo, nel caso del mondo dei valori e delle ideologie e soprattutto in quello che va a toccare la sfera personale ci sentiamo maggiormente coinvolti e, quindi, il medico deve sforzarsi di riflettere sull'influenza che ciò che prova può avere sul suo operato. In quest'ultimo caso gli atteggiamenti del paziente che rendono difficile il rapporto, i più impegnativi per il medico sono quelli attaccanti, non collaborativi, sfidanti che respingono e fanno arrabbiare. Di fronte a atteggiamenti di questo tipo non è possibile non provare fastidio e la reazione abituale è di metterle tra parentesi concentrandosi sul compito. Cosa che non è detto che riesca perché, come già segnalato, è dimostrato che con questi pazienti è più facile sbagliare. È dunque più utile riconoscere ciò che il malato ci ha suscitato perché rappresenta il primo imprescindibile passo per uscire da questa situazione che induce all'errore. Infatti riconoscere l'emozione che proviamo è la condizione imprescindibile per depotenziarla e, in molti casi, aiutare il medico a fare un migliore inquadramento del paziente che sarà utile alla cura. A volte queste emozioni sono molto violente e per poterle tollerare meglio una volta che sono state riconosciute è utile chiedersi perché il paziente ce le suscita. Possiamo così richiamare alla mente quello che diceva Freud, cioè che "il medico diventa (per il paziente) nel momento della malattia il genitore onnipotente che può risolvere il malessere". Infatti un adulto maturo mantiene sempre dentro di sé accanto ad aree mature e capaci di autonomia, aree caratterizzate da deficit e conflitti irrisolti che restano silenziose nello stato che definiamo di "normalità". È un equilibrio che nei momenti di malattia può rompersi e il soggetto può regredire a stati meno maturi nei quali cioè gli aspetti deficitari e/o conflittuali possono prevalere. È questa regressione a essere responsabile di una riattivazione di quanto sentito un tempo verso i genitori; essa si esprime in sentimenti molto vari. Ad esempio di forte dipendenza come non ci aspetteremmo da adulti che magari ricoprono posizioni autorevoli o di risentimento aggressivo perché il medico/genitore, supposto onnipotente, non fa stare meglio subito. Essere a conoscenza di queste dinamiche può aiutare a prendere distanza dall'emozione disturbante che proviamo e riattivare sentimenti di accoglienza e comprensione per il malato.

Un'analisi particolareggiata dei sentimenti in gioco e i suggerimenti su come poterli gestire sono nella voce "Pazienti antipatici".

Tutti i medici hanno un certo numero di pazienti difficili, ma è interessante valu-

tare di che tipo siano rispetto ai tre campi sopradescritti per poterli curare. Se tra loro c'è una prevalenza del primo tipo (patologie difficili da inquadrare) possiamo pensare che il medico possa avere problemi di preparazione, mentre nel caso che prevalgano difficoltà del secondo tipo (pazienti maleducati e irrispettosi) è possibile ipotizzare problematiche inerenti a sue rigidità caratteriali e nel terzo (pazienti che risultano difficili da sopportare) invece dobbiamo supporre fragilità nella gestione della relazione col paziente.

RESPONSABILITÀ

Daniela Bolelli, Dante Cesaretti

Potete presentarmi chi me l'ha fatto fare? Anonimo

La responsabilità etica: un intrico che il sapere non potrebbe né esaurire né districare. Emmanuel Lévinas

Troppe possibilità di scelta arricchiscono indubbiamente la vita, ma rendono ogni decisione problematica. Evelyne Sullerot

La parola responsabilità deriva dal latino *respondere* e significa impegnarsi a rispondere a qualcun altro, ma anche a se stesso, delle proprie azioni (ivi compreso il rifiuto di compierle) e delle conseguenze che da esse derivano. Essa implica la consapevolezza nel compiere un'azione e la capacità di valutare le conseguenze di essa, qualità del pensiero che vengono raggiunte in adolescenza e non sono mature nel bambino, come vedremo meglio poi.

Vengono distinte due forme di responsabilità quella giuridica (nelle sue componenti civile, penale, amministrativa) e quella etica (e religiosa).

Il concetto di responsabilità implica la possibilità di scegliere e quindi uno stato di libertà che sappiamo essere relativo perché fortemente limitato dal contesto sociale. Infatti la responsabilità dipende dal contesto culturale perché è in relazione al sistema di valori sviluppato in una certa società basti pensare a come è diversamente concepito nelle varie culture e nel corso del tempo il ruolo della donna e il diritto dei bambini.

In ambito legale la responsabilità viene attentamente valutata ma è distinta dall'imputabilità che sottolinea che una certa azione è attribuibile a un soggetto che la causa indipendentemente dalle condizioni di libertà in cui è stata commessa, cioè essa è reato rispetto alle norme giuridiche a prescindere dalle circostanze che tutt'al più vengono considerate come attenuanti, come ad esempio in un tamponamento il guidatore che tampona è ritenuto imputabile anche se lo ha fatto perché è stato a sua volta tamponato.

Non sorprende che nel mondo odierno nel quale vengono sottolineati, da un lato, i condizionamenti che l'organizzazione sociale impone e, dall'altro, il fatto che si conosce che il comportamento del singolo è spiegato come conseguenza di eventi e sviluppi psicofisici che in gran parte sfuggono, il filosofo Derrida, assumendo l'essenza di risposta che connota il concetto di responsabilità,

sottolinei come non sia possibile rispondere a tutte le chiamate. Ne porta come esempio Abramo chiamato dal Dio a sacrificare Isacco e chiamato dal figlio perché lo risparmi. Vi sono quindi molti casi in cui non è facile esprimersi su responsabilità e imputabilità essendovi un contrasto tra le leggi e le ragioni etiche. Il medico di medicina generale si trova a volte dilaniato tra la paura di incorrere nei rigori della legge e ciò che ritiene giusto. Ad esempio pensiamo al caso della scelta del dosaggio della quantità di oppiacei che possono alleviare terribili sofferenze, ma anche accelerare il decesso nei pazienti terminali o alla trasfusione necessaria a un leucemico testimone di Geova.

Il principio di responsabilità è fondamentale nell'organizzazione sociale perché sottende una convenzione accettata consensualmente, funzionale alla costruzione dei legami tra persone in quanto alla base della possibilità di prevedere il comportamento proprio e degli altri.

Chi parla di responsabilità pensa sempre alla gravosità che essa comporta come se fosse soltanto un angoscioso fardello che pesa addosso: essere responsabile suona un po' come essere colpevole. Questo accade perché essere responsabili evoca la sofferenza legata alla colpa per i possibili errori che in medicina hanno sempre conseguenze estremamente importanti, senza pensare che è "normale" che sbagliamo dal momento che non siamo perfetti. Farsi carico quotidianamente della vita altrui è molto profondamente sentito dai medici perché è una componente importante della spinta vocazionale ed è sicuramente pesante, ma dobbiamo tener presente che nell'essere responsabile della salute degli altri c'è anche un aspetto di potere assai gratificante che deriva dal sentimento di essere padroni delle proprie scelte e quindi della propria vita che si decide di dedicare al benessere altrui. Con troppa facilità dimentichiamo che siamo responsabili anche dei nostri successi.

È però vero che assumersi la responsabilità dei nostri errori significa che, riconoscendo la nostra fallibilità, la nostra imperfezione, soffriamo nel riconoscerci colpevoli. È questa sofferenza che ci orienta a cercare di riparare ai danni provocati, riparazione che possiamo fare da noi o facendoci aiutare.

Avere senso di responsabilità significa essere aperti al cambiamento, mentre la colpa, come vedremo poi, ci inchioda al passato.

Assumersi la responsabilità di un atto sbagliato sentendosi colpevoli per averlo commesso è un'operazione matura e circoscritta, nel senso che ci dà il senso di un nostro limite, ma non ci investe nella totalità della persona, non comporta l'idea di fallimento, ma di fallibilità e ci fa soffrire per un sentimento di colpa limitato alle conseguenze di quel particolare errore. È molto importante sottolineare che l'essere capaci di notare e far notare al paziente che assumersi una colpa senza farsene schiacciare è un atto di valore che dimostra maturità e rinforza la competenza.

Le differenze tra responsabilità e colpa

È importante distinguere la responsabilità dalla colpa, anche se questa distinzione non è immediata nel nostro pensare.

Che gli errori ci facciano sentire in colpa è normale perché pensiamo che avremmo potuto fare meglio.

La colpa, che attiene al dolore per la consapevolezza che un nostro comportamento errato ha avuto conseguenze nocive, è “sana” e non diminuisce la valutazione globale che il soggetto ha su di sé, lo stimola a riparare e può costituire la base per la riaffermazione dei suoi personali valori. Però poiché il sentimento di colpa è fortemente doloroso spesso il soggetto se ne difende rifiutando di assumersi la responsabilità dell'azione compiuta cercando di attribuirla ad altri. Come recita la Legge di Jones: “Colui che sorride quando le cose vanno male ha pensato a qualcuno cui dare la colpa!”.

Altra cosa è il sentimento di colpa che viene provato in assenza di una trasgressione o per una trasgressione minima, che diventa diffuso e assume il carattere di una costante che accompagna come senso di inadeguatezza e fallimento personale. Potremmo dire che la colpa per un errore commesso è una ferita acuta curabile riparando all'errore, mentre sentirsi in colpa immotivatamente, per ogni cosa o per errori banali, è come avere una piaga infetta che, trascurata, non rimargina mai. In quest'ultimo caso il sentimento di colpa è il frutto di conflitti infantili irrisolti e prescinde da comportamenti attuali. Esso può dispiegarsi come una caratteristica di personalità che fa soffrire, rende tristi senza però impedire il normale svolgersi della vita, ma può anche assumere una intensità tale da diventare un sintomo in quanto diventa invasivo, ostacola il pensiero e la duttilità del comportamento. Infatti nel regno della colpa c'è soltanto la possibilità di avere ragione o torto di essere assolto o colpevole. Mancano le sfumature e le vie di mezzo che si esprimono nel discernere, in una situazione complessa, la parte di ragione e quella di torto che competono. Quando i sentimenti di colpa sono diffusi generano un vissuto di fallimento e di perdita di speranza che ostacola la possibilità di cambiare. Rimandano a qualcosa che avviene all'interno di noi e rappresenta e perpetua conflitti che abbiamo patiti nei primi anni di vita. Sono stati d'animo che hanno a che fare con il sentimento di aver fatto gravi danni con le nostre rabbie infantili e, come già detto, sono disancorati dalle situazioni attuali cosicché non possono essere placati da comportamenti tesi a riparare gli eventuali errori commessi e congelano in una posizione di fallimento ostacolando il cambiamento. Essi possono essere mitigati e annullati soltanto da un trattamento psicoterapeutico che aiuti a capirne le origini lontane.

È quindi importante che il medico di medicina generale sappia distinguere tra

questi due diversi vissuti di colpevolezza nel paziente per poterlo, se è il caso, curare. Nel caso di un sentimento di colpa eccessivo non aiuta fermarsi a questa valutazione; non è importante la qualificazione di eccessivo che viene data al comportamento, ma il riconoscere che quell'eccesso è sintomo della presenza di una patologia per la quale è utile formulare un invio allo specialista. Quando si presentano persone che soffrono per forti sentimenti di colpevolezza che appaiono scarsamente motivati è opportuno pensare che se sentono così un motivo ce l'hanno a prescindere dal fatto che lo si sappia individuare. Ed è necessario riconoscere che questa osservazione è valida tanto per il paziente che per il medico di medicina generale: *medice cura te ipsum*.

Lo sviluppo del senso di responsabilità

Abbiamo detto che il senso di responsabilità è la consapevolezza delle conseguenze dei propri atti che permette al soggetto, in base ad una attenta valutazione di esse, di modulare le proprie scelte. È quindi una caratteristica della coscienza che possiamo acquisire soltanto al culmine della maturazione della personalità.

I bambini raggiungono la capacità di valutare le azioni sulla base delle intenzioni di chi le ha provocate intorno ai sette anni. Prima di quell'età il bambino ritiene più grave aver rotto, inciampando, la tazzina in cui la mamma beve il suo caffè piuttosto che avere distrutto intenzionalmente le bambole preferite della sorella. Infatti a quell'età nel pensiero dei piccoli manca la valutazione dell'intenzionalità ed anche la capacità di giudicare correttamente l'entità dei danni. Prima dei sette anni la responsabilità in relazione a un danno è considerata tanto maggiore quanto maggiore è l'entità attribuita al danno stesso giudicata in base all'autorità della persona coinvolta, a prescindere dall'intenzione di procurarlo avuta da chi lo ha commesso e alla gravità oggettiva di esso. È questo il motivo per cui la legge prevede che sotto i 13 anni i ragazzi non siano perseguibili.

Fa parte del normale sviluppo delle capacità cognitive del bambino passare da una fase nella prima infanzia nella quale non ha percezione del punto di vista altrui e ritiene di poter far di tutto, a un periodo in cui il valore delle azioni sta nell'autorità di chi le ha prescritte. Soltanto successivamente, in adolescenza, è possibile arrivare a interiorizzare la consapevolezza delle esigenze dell'altro e a sentire la necessità di regole di convivenza alle quali attenersi. Infatti, a differenza di ciò che accadeva prima, cioè che le azioni riprovevoli non venivano eseguite unicamente per il timore di essere puniti, per l'adolescente l'esigenza di rispettare le regole prescinde dalla punizione in quanto si sviluppa la *coscienza morale*, cioè

il modo in cui il soggetto considera e giudica le proprie azioni sulla base di un proprio sistema di valori frutto di riflessioni che coniugano le sue esperienze e i suoi apprendimenti.

Il senso di responsabilità una volta formato diventa parte integrante della coscienza morale la cui costruzione è un fenomeno complesso che dipende dall'intrecciarsi di molti fattori. Perché se per raggiungere il senso di responsabilità da un lato è necessaria la maturazione delle capacità cognitive che consentano di sviluppare pensieri propri astraendo sulla base dell'esperienza e dell'educazione, da un altro esso è anche strettamente dipendente dalle problematiche affettive collegate alle vicende infantili e pertanto si intreccia con le vicissitudini del sentimento di colpa.

Come si articolano responsabilità e colpa nella coscienza morale.

La coscienza morale è come dice la parola, cosciente e rappresenta il sistema di valori morali della persona, si forma alla fine dell'adolescenza in conseguenza sia della nascita del pensiero astratto sia per effetto dell'educazione che si premura di trasmettere i valori morali e i principi socialmente condivisi (le indicazioni provengono non soltanto dai genitori, ma anche da parte di altre figure significative: insegnanti, autorità religiose e laiche come i filosofi). Il pensiero astratto, compiutamente sviluppato, favorisce discriminazioni e messa a confronto di norme diverse e la formulazione di valutazioni morali indipendenti. In questo modo l'adolescente andrà a costruirsi una propria coscienza morale e diventerà sempre più responsabile.

È però da notare che nella costruzione della coscienza morale di tutti si intreccia e pesa, in ciascuno in modo differente, una istanza più arcaica che è invece inconscia e risente sia delle ingiunzioni e proibizioni dei genitori, sia dei sentimenti di odio da esse suscitati nei primi anni di vita. Questa parte inconscia, che non ha a che fare con l'etica, determina intensi sensi di colpa. Queste vicende antiche possono entrare in conflitto con i valori presenti dell'adolescente, anche se egli desidera consapevolmente attenervisi.

In conclusione anche se il senso di responsabilità può comparire soltanto quando il bambino è cresciuto, esso viene in parte costruito fin dai primi anni di vita sulla base di quella componente arcaica inconscia che dipende da come i genitori hanno saputo affrontare il problema di porre limiti e divieti al figlio senza cadere negli eccessi opposti di comportamenti o troppo permissivi o troppo severi.

Importanti fattori che influenzano l'assunzione di responsabilità del medico di medicina generale

Nella spinta vocazionale del medico c'è una valorizzazione del senso di responsabilità intrinseca all'ideale di farsi carico della sofferenza delle persone e di lenirla. Si tratta di un'assunzione di responsabilità rispetto al proprio operato teso ad un obiettivo alto ed eticamente sostenuto che viene rinforzata dal giuramento richiesto all'inizio della pratica professionale.

Questo dato di partenza è influenzato nel corso dell'esercizio professionale da vari elementi dei quali ne ricordiamo due molto importanti. Innanzitutto i successi che possono avere un duplice effetto sia positivo che negativo. Dipenderà dalla personalità di ciascun medico, in particolare dalla sua quota narcisistica, se il conseguimento di successi avrà un effetto di sostegno e potenziamento del senso di responsabilità in quanto accresce il desiderio di incrementare l'esercizio di aiuto o, aumentando la sicurezza, renderà il curante più audace, teso più al successo che alla persona e quindi meno attento ai reali bisogni del malato e di fatto meno responsabile nei suoi confronti.

Sicuramente un effetto disincentivante l'assunzione di responsabilità lo esercita un eccesso di paura dovuto al fatto che farsi carico di pazienti impegnativi faccia correre eccessivi rischi. Ricordiamo qui che, a differenza degli altri curanti che lavorano nelle istituzioni e possono condividere la responsabilità con gli altri del gruppo di lavoro, il medico di medicina generale è solo nel suo operare. È evidente il sollievo derivante dalla condivisione di responsabilità o dall'aspetto negativo rappresentato da quella difesa che viene chiamata "collusione nell'anonimato", cioè di poter evitare la responsabilità dicendosi che vi sono altri nel gruppo che sono responsabili come e più di sé stessi. La solitudine del medico di medicina generale nel sentirsi l'unico punto di riferimento del paziente e della sua famiglia, un tempo fonte di benessere perché accresceva la stima di sé, è oggi vissuto con sentimenti di forte ambivalenza alternandosi a intensa paura perché, a quella dell'errore che tutti proviamo essendo fallibili, si somma quella di essere denunciato anche immotivatamente per un esito infausto delle cure prestate. Infatti il credito di cui gode la medicina di base si è progressivamente deteriorato nella seconda metà del secolo scorso. Le cause di questa trasformazione sono molteplici e richiederebbero approfondimenti fuori luogo in questa sede, accenniamo soltanto ad alcuni elementi che giustifichino questa osservazione. I cambiamenti sociali, al di là di quelli che hanno investito la professione medica (basti citare lo sviluppo tecnologico), come le possibilità introdotte dalla rete di reperire informazioni su patologie e cure a prescindere dalla verifica della loro correttezza, hanno mutato la percezione dell'operare del medico. In passato vi era

una maggiore fiducia nel curante visto come figura autorevole ed esperta e maggiore accettazione del limite, ivi compresi l'incurabilità e la fine della vita. Era più diffusa la consapevolezza che la guarigione e il raggiungimento di uno stabile equilibrio nel corso di una severa patologia cronica sono una possibilità e non una condizione certa e dovuta. Oggi viviamo una continua contestazione dell'autorità e una non accettazione dei limiti, basta vedere il deciso rifiuto dell'invecchiamento e la rivendicazione del "diritto di avere figli" in luogo di un diritto di avere cure che contrastino la sterilità che possono anche non dare gli esiti voluti. Malattia e cura hanno quindi subito una trasformazione nella percezione del cittadino, trasformazione che ha profondamente cambiato la qualità della relazione medico/paziente. Infatti nel caso di un decorso sfavorevole della malattia paziente e familiari sospettano cure inadeguate e sono orientati a cercare a tutti i costi un responsabile che automaticamente diventa un colpevole, escludendo il fatto che in natura vi può essere un'evoluzione negativa della malattia che prescinde da quanto è stato fatto, anche correttamente, per contrastarla. Quando vi è guarigione il merito è attribuito con facilità alla scienza che, in corrispondenza con la caduta di altri valori, ha assunto un valore fideistico soltanto ultimamente messo a sua volta in discussione.

Questa diversa modalità di vivere la malattia e la cura non aiuta. Spersonalizzare il successo e personalizzare la colpa sacrifica il concetto di responsabilità e demotiva i medici. Se il paziente è colui che chiede al curante di rispondere nel caso le cose vadano male, ma difficilmente lo considera responsabile del suo star bene ne consegue che finisce per essere considerato come un nemico. Da questo vissuto del medico nascono quegli atteggiamenti di difesa e fuga dalla responsabilità che caratterizzano la medicina difensiva. Quando chi cura sente il bisogno di difendersi sviluppa modi che lo fanno percepire a sua volta come nemico cosicché la relazione con il paziente perde in terapeuticità e si carica di sentimenti negativi. Scontento e sfiducia crescono da entrambe le parti e in aggiunta il paziente spesso associa ad essi recriminazioni e rivendicatività. Da parte del medico si registra riduzione del senso di responsabilità, demotivazione a curare l'alleanza terapeutica, difesa nel cinismo. Nelle personalità più fragili una tale situazione stimola i sensi di colpa e facilita il burnout (vedi voce Burnout in medicina). In queste difficili condizioni può essere di aiuto al medico di medicina generale ricercare il rapporto con qualche collega con il quale instaurare un dialogo franco, ma per non arrivare a questo punto è indispensabile curare fin dall'inizio la relazione con il paziente in modo da costruire una buona alleanza che gli faccia sentire con chiarezza che viene fatto tutto il possibile per lui.

In conclusione potremmo dire che ciò che è più importante per il medico di

medicina generale è diventare consapevole di come vive la responsabilità perché questa potente componente della motivazione a farsi carico in maniera globale delle persone non possa diventare un alibi per non fare ciò che non si sente di fare o non vuole fare. Dunque il primo fondamentale passo da fare è interrogarsi su quanto gli pesa la responsabilità in questi tempi nei quali l'utenza non ha più un atteggiamento rispettoso per il ruolo (come era in passato) in conseguenza di un imperativo socialmente indotto, e l'alleanza terapeutica non è assolutamente scontata, ma il risultato di un costante impegno di costruzione del medico.

VIOLENZA DOMESTICA

Daniela Bolelli

La violenza è l'ultimo rifugio degli incapaci. Isaac Asimov

La definizione di violenza

Nell'ambito della relazione interpersonale la violenza è definibile come la volontà di usare la propria forza o il proprio potere per piegare o sopraffare un altro. Non va confusa con l'aggressività della quale è l'espressione distruttiva. L'aggressività infatti indica quella tendenza umana che è presente in misura varia in ogni comportamento o fantasia che esprimono auto affermazione ed è una spinta vitale fondamentale tanto che senza di essa non riusciremmo a vivere. Per fare un esempio la possibilità di nutrirsi del neonato passa attraverso l'impiego di una certa dose di aggressività che gli consente di succhiare il latte dal capezzolo. L'aggressività è necessaria a fini di sopravvivenza e quindi fondamentalmente è costruttiva, anche se può essere messa al servizio di intenti distruttivi e quindi generare atti violenti. Il comportamento violento deve essere distinto dalle forme di violenza che non ricorrono all'uso di forza fisica.

Forme di violenza senza l'uso della forza

La violenza può anche esprimersi sottilmente in comportamenti che all'apparenza non appaiono danneggianti e non implicano l'uso della forza, ma procurano ugualmente gravi danni. Sono la violenza verbale e quella psicologica. Quanto a quella verbale è evidente che urla e insulti sono espressioni violente anche molto pericolose: dice un vecchio proverbio che "ne uccide più la lingua che la spada", e in effetti vi sono forme di aggressività verbale così violente da danneggiare una persona in maniera irreversibile, ad esempio *la calunnia* che è in grado di coagulare l'odio di un'intera comunità verso qualcuno ledendone l'onorabilità fino anche a determinarne l'esclusione dal gruppo. Ma vi sono anche *l'ironia* e il *sarcasmo*. L'ironia che lascia intendere, pur dichiarando l'opposto, il vero pensiero critico in genere attraverso il tono della voce, può essere garbata, ma anche molto violenta soprattutto se espressa in maniera sistematica verso la stessa persona. Il sarcasmo è poi una forma di ironia pungente sempre volta a demolire che può umiliare fino alla mortificazione.

La violenza psicologica è una forma di violenza che tende a demolire l'agredito cercando di distruggerne l'equilibrio psicologico attraverso molteplici atteggiamenti. Innanzitutto le comunicazioni volte a denigrare, deridere, umiliare che, quando non sono minacciose, sono ironiche e disprezzanti, ma anche tutte quelle misure che costringono all'isolamento impedendo la frequentazione di familiari ed amici e che impongono al soggetto verso il quale sono rivolte limitazioni dell'autonomia come scoraggiare fino ad impedire al soggetto l'attività lavorativa e la gestione del proprio denaro. A queste possiamo aggiungere la trascuratezza affettiva, il tradimento della fiducia e, molto disturbanti, i messaggi contraddittori perché chi fa violenza psicologica può alternare alle comunicazioni di disprezzo e svalutazione le dichiarazioni di affetto per la vittima. Lo scopo ultimo è l'annullamento della volontà fino alla distruzione della personalità tanto che chi patisce queste violenze comincia ad avere una bassa stima di sé fino a non sapere più chi è e cosa vuole.

La violenza psicologica che può essere esercitata anche contro i minori e viene detta *abuso psicologico*, consiste in atti psicologicamente dannosi, ma anche in omissioni di atti necessari all'accudimento e all'armonioso sviluppo del bambino. Quindi da un lato abbiamo il terrorismo psicologico attraverso minacce, isolamento e allontanamento dal contesto sociale, le intimidazioni, le espressioni di disprezzo e la sistematica svalorizzazione, ma, dall'altro, dobbiamo considerare forme di abuso psicologico anche la trascuratezza, sia fisica sia affettiva, e la mancata risposta alle richieste di affetto e protezione.

Il comportamento violento

Generalmente il comportamento di una persona si definisce violento quando provoca un danno fisico a cose, animali, persone, ma anche quando è rivolta verso sé stessi. Il comportamento violento è sempre una manifestazione relazionale, anche in quest'ultimo caso; infatti il *suicidio* è da considerare come comunicazione a chi è vicino di una sofferenza intollerabile o come estrema richiesta di aiuto. Vi sono poi alcune condizioni particolari come situazioni politiche o motivate da condizioni esistenziali estreme quali possono essere malattie invalidanti al punto da ledere gravemente, insieme alle possibilità di esprimersi, anche la dignità della persona. Anche in questi ultimi casi a ben vedere l'atto suicidario contiene in sé un valore relazionale di messaggio per il mondo.

Il comportamento violento è tipicamente umano tanto che un atto di violenza è posto all'inizio di quasi tutte le narrazioni mitico storiche nelle diverse culture e la storia umana è piena di forme estreme di violenza sia fisica che psicologica che perdurano nei secoli in modalità uguali o modificate nella forma per l'evoluzione tecnologica.

La violenza deve essere distinta anche dalla *crudeltà* e dal *sadismo*. È crudele chi non si cura delle sofferenze altrui, che sia egli stesso ad infliggerle o sia un altro, e non sente pietà. È evidente che vi sono condizioni di immaturità nelle quali questa caratteristica è al di fuori dell'intenzionalità giacché preoccuparsi per l'altro e provare pietà sono sentimenti complessi che si acquisiscono nello sviluppo. È il caso del bambino che, non ancora capace di rendersi conto delle conseguenze dei propri atti, è capace di compiere azioni distruttive o che provocano dolore ad animali o persone. In questo caso il bambino esplora a fini di conoscenza e la sua crudeltà è incidentale, non voluta consapevolmente e non gli dà piacere. Quindi un comportamento crudele può essere dovuto tanto a un arresto evolutivo quanto ad una regressione a stadi primitivi di sviluppo, quanto a un disturbo della crescita. Nel sadismo, che compare più tardivamente, a differenza della crudeltà c'è la volontà di infliggere dolore e da questo atto il soggetto trae piacere.

Cosa influenza il comportamento violento

In realtà i fattori che influenzano l'insorgenza e il mantenimento del comportamento violento sono vari. È importante sapere che dal punto di vista biologico l'aggressività nella sua manifestazione distruttiva estrema, la violenza, non fa capo a una sede cerebrale particolare; essa si configura come un'attività di collegamento tra neuroni che può stabilizzarsi come un percorso prescelto sulla base di stimoli che funzionano come facilitazioni. Pertanto dobbiamo vedere i *fattori biologici* in un costante rapporto con quelli *psicologici* e *socioambientali*. La spinta biologica aggressiva che può arrivare alla violenza non è insopprimibile, ma è da considerarsi come una strategia possibile tra altre come ad esempio l'evitamento e la fuga. Quando non è contrastata può configurarsi come scelta preferenziale perché rappresenta una scorciatoia rispetto al conseguimento degli obiettivi che, altrimenti, richiederebbero comportamenti più articolati e controllati assai più faticosi da porre in atto. Purtroppo l'atteggiamento violento risulta vantaggioso e, oltretutto, la violenza gode anche di un suo fascino perché è eccitante in quanto c'è una forte attivazione corporea che dà un senso di vitalità. Ne consegue che, se i comportamenti violenti sono ripetuti in quanto l'aggressività non viene modulata da interventi idonei dell'ambiente familiare prima e sociale allargato poi, possono diventare abituali, strutturarsi in uno stile relazionale e presentarsi come una caratteristica costante del comportamento di una persona.

Non dobbiamo dimenticare che l'azione violenta dà immediatamente un grande sollievo in quanto il passare all'azione invece di rimanere passivi, produce una sensazione di benessere perché consente di scaricare la tensione.

Inoltre alcune condizioni patologiche possono generare comportamenti violenti.

ti in quanto reagire violentemente può assumere il significato di procurarsi emozioni forti che contrastano i sentimenti di vuoto e il crollo dell'autostima che caratterizza tali patologie. Infatti quando si è in preda alla violenza vi è un forte coinvolgimento corporeo. È proprio l'attivazione del sistema neurovegetativo e il sentire che l'irrequietudine e il bisogno di agire in maniera distruttiva diventa incontrollabile che generano la sensazione di forte vitalità che ha una funzione di antidoto in quelle situazioni patologiche.

Fattori sociali come la povertà e l'ingiustizia, ma anche gli stereotipi di genere sono fattori che facilitano l'adozione di comportamenti violenti e, oltre a questi, la diffusione delle droghe e dell'alcolismo favoriscono il dilagare del ricorso alla violenza per ottenere ciò che si vuole.

Vi sono culture più o meno violente e la psicologia sociale ha messo in evidenza come l'aggressività sia culturalmente modulabile e come, nella nostra cultura attuale, assistiamo sia a un indebolimento delle inibizioni dovuto all'idea che l'aggressività può essere remunerativa o, in alcune circostanze, anche moralmente giustificata, sia alla stimolazione delle idee e dei sentimenti aggressivi ad opera delle immagini cinematografiche, televisive e dei giornali. Alcuni sociologi hanno ipotizzato che l'inflazione di immagini violente nei mezzi di comunicazione di massa possa indurre un effetto di ottundimento a causa del quale non vi sarebbero più molte reazioni di sdegno quasi la violenza, diventando evento del quotidiano esibito al pari di altri, venisse "normalizzata".

Nel determinare i comportamenti violenti ultimi, ma non per importanza, vi sono i fattori psicologici perché è nel corso delle più antiche vicende infantili che il bambino sperimenta la rabbia ed è indotto da questa ad esprimere la sua carica aggressiva anche in maniera violenta. La rabbia è una delle emozioni più precoci, essa viene scatenata dal fatto che un qualche tipo di soddisfacimento viene impedito o perché viene inflitta una grave frustrazione o un vero e proprio danno. Nel corso dello sviluppo vi sono molte occasioni di frustrazione ed è fondamentale il tipo di accudimento. Il bambino sarà indotto a ricorrere di più o di meno a un comportamento violento a seconda di come potranno essere elaborati nella relazione con le figure di accudimento sentimenti sconvolgenti come appunto la rabbia e l'odio, ma anche la paura, la perdita e il dolore mentale che vengono suscitati da situazioni esterne reali, ma anche da vicende interne.

La definizione di violenza domestica. Violenza situazionale e terrorismo intimo

La violenza domestica comprende quei comportamenti violenti che vengono

compiuti tra uomo e donna e tra genitori e figli. Quindi con questo termine si indicano molte condizioni diverse che però è importante distinguere perché farlo rende possibile riconoscere che hanno cause differenti e che, di conseguenza, devono essere affrontate in maniera differente, mettendo a punto interventi mirati. Dobbiamo quindi distinguere la violenza perpetrata da alcuni uomini sulle donne da quella che riguarda la coppia in cui anche le donne commettono atti di violenza non soltanto di risposta a quelli subiti.

Questo secondo tipo di violenza, che potremmo dire di coppia ed è strettamente legata a situazioni di conflitto nelle quali vi è una progressiva crescita della violenza, da quella verbale a quella fisica, viene detta “*situazionale*” e spesso viene rubricata come violenza maschile anche nel caso che sia la donna la prima a essere violenta a causa degli esiti; infatti la partecipazione maschile alla colluttazione determina danni molto più seri. In realtà questo tipo di violenza ha una frequenza simile nei maschi e nelle femmine, a differenza di quella che descriveremo poi che è assolutamente prevalente nel maschio (quasi il novanta per cento). Dunque nella violenza situazionale dobbiamo comprendere anche il fenomeno dei mariti picchiati, la cosiddetta “*sindrome del marito maltrattato*” descritta da Suzanne Steinmetz, che tanta risonanza ha avuto sui media.

La violenza situazionale è caratterizzata dal fatto di provocare più raramente lesioni gravi e dalla minore progressività nella manifestazione degli atti violenti e va distinta da quella violenza tipicamente maschile perpetrata da alcuni uomini verso la partner che è stata chiamata “*terrorismo intimo*”. In essa, oltre alle percosse, c'è l'umiliazione e il controllo attraverso tattiche fisicamente violente ma anche psicologiche. Soltanto raramente vi è una risposta violenta da parte della donna nei confronti del partner terrorista intimo, ma nella maggior parte dei casi ad esso non vengono opposte reazioni violente.

Il terrorismo intimo è radicato nelle tradizioni patriarcali di possesso e asimmetrica distribuzione del potere nel matrimonio; un caso tipico è quello in cui le prime percosse si hanno già nel viaggio di nozze come espressione del bisogno dell'uomo di affermare da subito l'acquisizione di un ruolo di proprietario attraverso il contratto matrimoniale. Questo tipo di violenza si sviluppa nel tempo in una serie di comportamenti violenti non solo fisici, ma anche psicologici il cui nucleo centrale è il controllo coercitivo della partner.

Nel controllo coercitivo sviluppato dal terrorista intimo la violenza fisica, talora immotivata, spesso è usata come punizione, una punizione che è considerata necessaria perché vengono violate le regole che egli impone. Spesso si accompagna all'intimidazione espressa attraverso la distruzione di cose, ed anche animali, di proprietà della vittima e a minacce anche coinvolgenti i figli dei quali si annuncia il

possibile affidamento o addirittura la morte che spesso ha lo scopo di terrorizzare la partner. Il controllo è esercitato attraverso una stretta sorveglianza attuata in molti modi diversi, tipicamente con il telefono e con la richiesta di resoconti quotidiani. Il terrorista intimo usa varie tecniche di *abuso psicologico* per indebolire le capacità di resistenza della vittima come costringere a chiedere il permesso per ogni minima cosa, umiliarla, svalorizzarla continuamente. La svalorizzazione si esprime anche attraverso il farle credere che non potrebbe vivere senza di lui (*abuso emotivo*) insistendo sull'autolegittimazione espressa attraverso la ripetizione costante di avere il diritto di fare ciò che fa. Tutto questo si accompagna a comportamenti mirati ad allontanare familiari ed amici dalla vittima, impedendole l'autonomia economica anche costringendola ad abbandonare il lavoro. È la compresenza di molti di questi atteggiamenti che ruotano intorno al bisogno di esercitare il potere e il controllo nei confronti del partner che, oltre alla violenza fisica e sessuale, fanno riconoscere la persona responsabile di terrorismo intimo.

La violenza del figlio maschio sulla madre

Un tipo di violenza domestica particolare alla quale non si presta a volte la dovuta attenzione è quella esercitata sulla madre dal figlio maschio. Frequentemente si tratta di situazioni nelle quali il figlio emula il padre che fanno riflettere sull'effetto devastante che ha sui figli la presenza di un padre violento. A volte però all'origine di tali comportamenti vi è una forte gelosia verso le sorelle o l'aver interpretato l'allontanamento del padre dalla famiglia come una mancanza di affetto della madre nei suoi confronti. Ma è evidente che, anche in questi casi, l'elemento favorente l'adozione di comportamenti violenti è il fatto di essere vissuti in un clima di violenza.

Alle radici della violenza. L'odio

Vi sono due diverse teorie sulla violenza umana; una ritiene che negli esseri umani vi è una pulsione distruttiva che tende a produrre comportamenti violenti, l'altra che tali atti possono essere considerati reattivi, cioè come una risposta a profonde frustrazioni. A prescindere dalla propensione per l'una o per l'altra teoria, poiché la violenza è strettamente intrecciata con l'odio è utile capire cosa succede durante lo sviluppo che porta, se non a originare, certo a favorire e potenziare il ricorso alla violenza.

L'odio è un sentimento molto importante che ci aiuta a capire il comportamento violento. Diceva Sant'Agostino che l'ira è un'erbaccia mentre l'odio è un albero. Infatti tanto la rabbia è un'emozione acuta, vivissima che abbastanza rapi-

damente decresce, tanto l'odio si esprime su tempi lunghi ed è stabile. L'odio è un sentimento complesso che implica anche aspetti cognitivi che il più delle volte vanno al di là di un obiettivo esame di realtà per mettere in campo razionalizzazioni, in pratica giustificazioni a posteriori, e distorsioni, forzature interpretative perché, come ha notato Nietzsche, l'odio non è cieco, ma "abbagliato dal fuoco che porta".

Lo scopo che l'odio si propone è la distruzione di chi viene odiato, e, a un livello di minore intensità, può proporsi il dominio di esso o manifestarsi come tendenza sadica, conscia o inconscia, a farlo soffrire. Se questa tendenza si concretizza dà forte appagamento e quando essa si esprime in un comportamento strutturato nel quale è l'aggressività ad essere erotizzata e messa al servizio della pulsione sessuale ci troviamo di fronte a una *perversione*. È da notare che l'odio può anche assumere la forma di una affermazione aggressiva di sistemi di moralità eccessiva che può caratterizzare il comportamento del singolo, ma può stare anche alla base dell'impegno in gruppi costruiti su ideologie estremiste.

L'odio che induce alla violenza nella coppia

A volte l'odio sorge come risposta a un pericolo reale di distruzione fisica o psicologica o a una forte minaccia per sé e per coloro che sono amati. In questi casi esprime una elaborazione difensiva della rabbia che mira a eliminare il pericolo, ma ciò che più ci interessa sono quelle situazioni in cui all'odio sottostanno motivazioni inconscie che hanno a che fare con forti frustrazioni e desideri di vendetta in quanto è questo tipo di odio che induce alla violenza nella coppia. In questi casi accade che le frustrazioni attuali determinano reazioni di odio profondo perché vanno a toccare esperienze infantili precoci fortemente traumatiche. In esse il soggetto avrebbe subito intense frustrazioni da chi amava e che gli era necessario. C'è un forte rapporto tra l'odio e l'amore ed è proprio l'intenso attaccamento ad una figura di accudimento frustrante/traumatizzante che può favorire la trasformazione della rabbia in odio e il successivo orientamento a riprodurre, nelle successive relazioni, il comportamento subito attraverso l'identificazione con la figura frustrante.

Aiuta a capire ripercorrere a grandi linee l'evoluzione del bambino che si compie nella relazione con chi l'accudisce. Rispetto agli altri esseri viventi il bambino è il cucciolo esposto alla dipendenza per il periodo più lungo. Completamente in balia di chi ha cura di lui, sviluppa la sua mente nell'ambito di una relazione che lo espone a frustrazioni più o meno forti alle quali reagisce con sentimenti di rabbia impotente. Ciò che lo porta a strutturare la rabbia in un sentimento più duraturo di odio è, all'inizio della vita, l'esposizione alle frustrazioni comminate da una figu-

ra di accudimento poco presente, non empatica rispetto al bisogno. Poi, quando il bambino è più cresciuto e comincia ad autonomizzarsi parzialmente perché finalmente in grado di spostarsi ed opporsi avendo acquisito la deambulazione e il linguaggio, l'odio nasce come reazione alle imposizioni forzose. Infatti può succedere che chi accudisce si spaventi molto per il fatto che il bambino, diventato così oppositivo (siamo intorno ai due anni di età in quel periodo che viene detto del "no"), possa finire per dominarlo e reagisca imponendo rigidamente delle regole per l'educazione sfinterica e l'obbedienza in generale. Questa rigidità può indurre il bambino, sia maschio che femmina, a perdere la fiducia di poter risolvere i conflitti a parole, quando addirittura non ostacola lo sviluppo di questa capacità. La paura di essere dominato non c'è solo nella figura accudente, essa invade anche il bambino in risposta alla costrizione che subisce e, se non sarà stemperata nel prosieguo dello sviluppo, diventerà poi un fattore fortemente influenzante la vita di coppia. *Infatti chi ha avuto questo tipo di problemi nell'infanzia cercherà di potenziare il proprio carente sentimento di autonomia nella relazione con il partner attraverso la dipendenza del compagno da sé. La conseguenza è che quest'ultimo diventerà così necessario da rendere impossibile il tollerare la separazione.* Le modalità con le quali questa difficoltà verrà espressa risentiranno sia di tutti quei fattori inerenti le relazioni con le figure genitoriali che nelle successive fasi di sviluppo portano ad una modulazione dei vissuti rabbiosi, sia degli interventi educativi svolti anche nell'ambiente sociale allargato. Questi ultimi in genere favoriscono nei maschi la risposta aggressiva fino alla violenza sul partner, mentre sistematicamente la reprimono nelle femmine nel corso del loro sviluppo. Le donne pertanto, nel caso vivessero queste stesse dinamiche nei confronti del partner ricorreranno più frequentemente ad altre modalità qualora dovessero confrontarsi con la temuta separazione, ad esempio rivolgendo l'aggressività verso di sé, o manifestandola sul piano psicologico con ricatti affettivi o altre rivalse.

Con il prosieguo della crescita la situazione relazionale si evolve e il bambino si troverà esposto a triangolazioni frustranti diviso nell'amore per padre e madre. In tali situazioni dovrà affrontare sentimenti di esclusione e di nuovo insorgeranno sentimenti di odio che possono condizionare le future relazioni. Quando l'ambiente familiare è in grado di tollerare le turbolenze emotive del bambino e lo aiuta a metabolizzare i suoi sentimenti negativi favorirà in lui l'identificazione con il genitore dello stesso sesso e la costruzione di un'istanza interna autogiudicante non eccessivamente persecutoria che andrà a fondersi con gli insegnamenti morali trasmessi dai familiari e da altri adulti significativi incontrati a scuola o nell'ambito sociale allargato.

Arriviamo così all'adolescenza nella quale il bisogno di individuarsi come sog-

getto adulto e autonomizzarsi dai genitori si scontra con il forte legame con loro. Per separarsi i ragazzi devono “distruggere” i genitori nel senso di svalorizzarli totalmente perché soltanto in questo modo possono pensare di non avere più bisogno di loro, ma anzi considerarli di intralcio alla loro realizzazione. Devono farlo per non ricadere nella dipendenza prodotta dai sentimenti di amore. Quelle che vengono attaccate sono le figure genitoriali onnipotenti dell’infanzia tanto che, superato questo periodo e raggiunta l’autonomia, i giovani possono recuperare i sentimenti di affetto rivalutando i loro genitori che vengono visti nella loro realtà di pregi e difetti. Quindi durante la crisi adolescenziale l’odio ricompare, ma soltanto transitoriamente, e viene stemperato se le precedenti tappe di sviluppo sono state attraversate senza eccessiva sofferenza e se le esperienze al di fuori dell’ambiente familiare risultano sufficientemente gratificanti e di conferma per il senso identitario e di nascente autonomia (vedi voce Adolescenza).

Come vediamo tutte queste situazioni che si susseguono nello sviluppo sono suscettibili di esitare in comportamenti violenti anche se, nella maggior parte dei casi, le componenti di affezione riescono, per così dire, a neutralizzare le istanze aggressive distruttive. È evidente che queste vicende relazionali si sommano e si intrecciano alle esperienze di gestione della violenza che vengono vissute nell’ambiente familiare prima e scolastico poi. I genitori violenti costituiscono un potente stimolo identificatorio per i figli e, analogamente, i comportamenti violenti non controllati dagli insegnanti in ambito scolastico hanno una potente influenza nel determinare la scelta di adottare stabilmente queste modalità per risolvere qualsiasi tipo di problema.

La violenza narcisistica

La violenza narcisistica è considerata una forma di violenza preservativa del Sé che si configura come un sistema di difesa teso a proteggere l’integrità psicologica. In un certo senso questo tipo di violenza può essere inquadrata come un’espressione concreta e terribile del motto che recita che “la miglior difesa è l’attacco”.

Ciò che l’uomo intende difendere, il più delle volte inconsapevolmente, è il proprio equilibrio narcisistico, cioè quell’equilibrio che nasce dall’aver sviluppato un sufficiente grado di autonomia e una indispensabile quota di autostima e di sicurezza che danno una discreta soddisfazione di sé. Un equilibrio in alcuni particolarmente fragile, infatti si tratta di un equilibrio che si costruisce a partire dai primi anni di vita, però non si compie del tutto, e non è stabile, ma soggetto a continui assestamenti dipendenti dagli eventi di vita significativi in particolare dalle relazioni interpersonali. *La violenza degli uomini verso la propria compagna può essere letta come una risposta immediata scatenata da quello che viene percepito*

come un attacco. Lo scopo è di eliminare il pericolo che quell'aggressione rappresenta per loro in quanto hanno sviluppato un equilibrio narcisistico particolarmente fragile. Si tratta fondamentalmente di un attacco che riguarda sia la stima di sé, nel senso di una forte umiliazione al Sé o a un ideale al quale si è profondamente attaccati, sia la propria identità di genere o la virilità.

A complicare le cose c'è poi il fatto che il pericolo può provenire anche da sommovimenti interiori che, essendo dolorosi, per difesa vengono proiettati all'esterno e quindi vengono vissuti come se aggredissero dal di fuori. In questi casi le reazioni violente che scatenano possono risultare incomprensibili. Anche queste minacce interne possono riguardare l'identità o nascere da sentimenti di poter andare in pezzi o anche di poter essere dominati da un tiranno potente che sta dentro e distrugge o punisce in maniera feroce. Sono minacce radicate in esperienze infantili sia di accudimento fortemente frustranti perché rigidamente coercitive e punitive, sia in esperienze relative ai turbamenti provati nelle vicende che caratterizzano la triangolazione con i genitori. Ad esempio sentimenti di colpa e d'inferiorità verso una madre amata e fortemente idealizzata in presenza di una figura paterna particolarmente debole e/o assente possono sfociare in intolleranza per una donna sessualmente libera che viene sentita come fortemente minacciante. Madri vissute come oggetto di amore eccitante e frustrante che provoca e si nega, possono determinare nei figli maschi un'evoluzione che li porterà a essere uomini fragili incapaci di costruire un rapporto di amore perché lo sentiranno minaccioso per la loro integrità.

La perversione relazionale

La violenza esercitata dall'uomo sulla donna con la quale ha una relazione intima va distinta da quella espressa unicamente per piacere sadico, quando cioè il piacere può essere raggiunto solo se si associa al fare male, fisicamente o psicologicamente, alla partner, che è qualificabile come perversione. Però alcuni studiosi parlano di una forma a cavallo tra problematiche narcisistiche e perversioni e parlano di perversione relazionale.

L'ipotesi della *perversione relazionale* pone l'accento sulla dimensione del rapporto nel senso che vi sarebbero problematiche perverse applicate alla relazione che andrebbero ad intrecciarsi con le problematiche narcisistiche. È da notare che in questo caso il termine perversione non è inteso come perversione sessuale, cioè come distorsione dello sviluppo che impedisce l'accesso alla sessualità genitale adulta o come una regressione a tappe di soddisfacimento sessuale che la precedono, quindi relative alla sessualità infantile. *La perversione è intesa come modalità di relazione che è corrotta, pervertita appunto, perché improntata a bisogni di con-*

trollo e di dominio dell'altro invece che al desiderio di reciproco soddisfacimento sessuale coniugato con il reciproco accudimento. Anche in questo caso la perversione nella relazione sarebbe riconducibile ad atteggiamenti difensivi sorti in epoca precoce di fronte a minacce che sarebbero state vissute come pericolose addirittura per la sopravvivenza. L'incapacità del bambino di regolare le emozioni, soprattutto la paura, perché chi lo accudisce non ha potuto aiutarlo a sviluppare questa fondamentale abilità in quanto esso stesso minaccioso e imprevedibile a causa di sue incapacità o franca patologia, fa sì che egli debba orientarsi su modalità alternative di contenimento delle proprie emozioni basate sul controllo dell'altro. Questa modalità viene espressa nella relazione sentimentale, che risveglia queste antiche problematiche, attraverso comunicazioni sistematicamente pervertite e manipolate. Essendo un evento relazionale essa è facilitata dall'incontro con personalità che, per aver vissuto esperienze precoci di sottomissione, trascuratezza o violenza, possono accettare di buon grado un controllo che inizialmente può essere manifestato loro come un atteggiamento premuroso, e che soltanto in un secondo tempo degenera in atteggiamenti punitivi anche violenti.

Quindi in entrambe le forme all'origine del comportamento maltrattante vi sarebbero relazioni infantili che hanno portato a evoluzioni distorte perché possono aver suscitato sia odi profondi e desideri di vendetta insoddisfatti sia il bisogno di esternalizzare nell'altro la propria paura per poterla controllare, dinamiche che possono riattivarsi nella relazione con la partner e sfociare in azioni violente.

Poiché si impara ad amare nella prima infanzia è importante una riflessione delle donne su questo punto perché si estenda la consapevolezza dell'importanza delle dinamiche madre bambino per lo sviluppo nel figlio di una sessualità armoniosa che si coniughi con l'amore.

È molto importante rendersi conto delle dinamiche infantili che portano alla violenza nella coppia perché purtroppo il comportamento violento tra le mura domestiche è un fenomeno assai esteso. Non è legato ad uno scarso livello culturale e a condizioni socioeconomiche basse come spesso si sente dire, ma è diffuso anche nel caso di uomini e donne che potremo definire emancipati. Questo accade perché ai cambiamenti nelle logiche di potere all'interno della coppia non è corrisposta una maturazione per quello che riguarda una nuova alfabetizzazione dei sentimenti. Si sottolinea sempre che non c'è stato questo cambiamento nei maschi ed è senz'altro vero, ma è ancora molto diffuso nella donna l'errato e "antico" convincimento di poter esistere soltanto nella dipendenza e quindi in funzione del compagno, convincimento forse radicato nella vocazione biologica che la vede impegnata in relazioni lunghe con i figli. Si tratta dunque sia per gli uomini che per le donne di alfabetizzare, forse anche di riscrivere una grammatica delle relazioni affettive in comune.

Quando il medico vede segni di violenza

Il medico nell'ambulatorio può trovarsi di fronte a segni che lasciano sospettare atti di violenza. La violenza fisica esercitata nell'ambito della coppia raramente viene dichiarata al medico curante. Se è l'uomo ad averla subita si vergogna fortemente e, se ne porta i segni addosso, che in genere non sono particolarmente evidenti, facilmente può passarli sotto silenzio. Nel caso che il curante chieda durante la visita cosa ha determinato eventuali ematomi e/o escoriazioni può giustificarli con qualche incidente legato a lavori manuali o attività sportive e banalizzarli. Anche la donna raramente confida al medico le violenze subite, ma, poiché in genere le conseguenze fisiche della violenza del partner sono maggiori ha più difficoltà a mascherare i segni presenti nel corpo, e deve "inventarsi" incidenti più seri come l'aver sbattuto contro una porta o essere caduta dalle scale. In questi casi il medico che può sospettare la violenza incontra molta difficoltà a parlarne. I tentativi di rendere esplicito ciò che è nascosto incontrano il rifiuto e la negazione da parte di chi ha subito la violenza in generale a causa della forte vergogna se si tratta di un uomo e della forte paura se invece la vittima è una donna. Forse l'atteggiamento più opportuno è quello di esprimere il proprio dubbio accompagnandolo da commenti scevri da giudizi sia per chi ha compiuto l'atto violento, sia per chi l'ha subito; commenti che segnalano che le violenze sono situazioni che è molto difficile ammettere, ma vengono riscontrate non tanto raramente. Non è facile rinunciare a esprimere lo sdegno che questi atti suscitano, ma se lo si esprime rinforziamo la negazione e la chiusura nelle vittime. Poiché è veramente difficile sia accettare che chi ha subito atti di violenza non si ribelli, sia non esprimersi criticamente verso chi mostra questa sottomissione pericolosa che suscita sdegno, dobbiamo sforzarci di capire o quanto meno avvicinarci a ciò che passa per la mente di queste persone.

La difficoltà di capire la vittima

Uno degli aspetti che maggiormente ostacola il compito del curante è proprio non riuscire a empatizzare con alcune donne vittime di maltrattamenti violenti e abusi perché è molto difficile accettare la loro passività nel subire e il rifiuto di molte di loro di denunciare e/o rompere la relazione con il partner violento. Da un punto di vista emozionale questo comportamento suscita rabbia e denigrazione che corrisponde a un giudizio negativo di debolezza e incapacità che può indurre a interventi autoritari come la segnalazione ai servizi sociali senza il consenso della vittima. Queste misure però sortiranno soltanto un rinforzo dell'atteggiamento di chiusura e/o la negazione. Forse può aiutare a superare il naturale atteggiamento

critico suscitato dallo sdegno cercare di interrogarsi, mettendo tra parentesi il giudizio sul perché ciò avviene; il che non equivale a rinunciare ad aiutare le donne maltrattate a prendere decisioni che le mettano al riparo dalle conseguenze della violenza. Si tratta soltanto di subordinare il piano operativo a quel doveroso tentativo di comprensione che è la condizione che lo renderà possibile. Un'ipotesi esplicativa suggestiva è quella che ipotizza la necessità di riconoscere che nella donna vi è una predilezione per "lo stare in relazione" in parte culturalmente determinata, ma anche fondata biologicamente sulla capacità del corpo femminile di essere due con la gravidanza. Questo dato è ovviamente precedente allo sviluppo della capacità di distinguere ciò che è bene o male. Infatti sappiamo che la coscienza morale viene acquisita pienamente al culmine dello sviluppo psicofisico, in epoca adolescenziale. La capacità di creare la vita intrinseca al corpo della donna che si costituisce come "un di più" delle donne, le indurrebbe a prediligere un legame, una fedeltà al legame, a prescindere da ciò che l'altro fa. Essa indurrebbe la donna a concepire la libertà non tanto come libertà individuale, ma come "libertà in relazione". Chi vede la donna maltrattata soltanto come una vittima che non reagisce non potrebbe comprendere il valore simbolico del fatto che ella può fondare la sua esistenza sul suo essere testimone che la relazione è l'essenza della natura umana. In questa chiave l'essere vittima diventa frutto di una scelta, in molti casi non molto consapevole, di amore e fedeltà al tessuto relazionale costruito con un uomo anche quando lui si ostina a distruggerlo. Se poi questa scelta venisse fatta in piena consapevolezza, diverrebbe simile alle scelte ideologiche di subire violenza per un ideale sia esso religioso o politico con la differenza, rispetto a quelle, di non riuscire a valutare realisticamente i rischi. Infatti spesso le donne ritengono che si tratta di sopportare ogni angheria senza pensare che la loro stessa vita possa essere messa in pericolo. Ad esempio nell'accettazione delle percosse a volte la mancata denuncia è giustificata con il convincimento di aiutare i figli perché il marito è l'unico sostegno economico del nucleo familiare, ma, così facendo, la donna non mette in conto che, se lei muore, i figli possono andare incontro a un futuro ancora più disastroso. Secondo questa ipotesi è soltanto partendo con il riconoscere dignità all'amore per il legame di queste donne che hanno subito violenze e non le denunciano che è possibile aiutarle a fare una valutazione del rischio. Soltanto dando valore a questo atteggiamento femminile, è possibile promuovere la collaborazione di molte donne maltrattate. Il medico avrà quindi maggiori possibilità di costruire un'alleanza con una paziente che subisce violenza domestica se riuscirà a non essere giudicante in virtù anche del fatto che può dare un senso al suo comportamento.

Il medico che può fare?

Può essere opportuno quando siamo in presenza di ematomi che facciano sospettare che la paziente abbia subito violenze, non esprimere immediatamente tale convincimento (ovviamente se le lesioni non sono gravi), ma disporre una visita che costringa a spogliarsi, visita sempre utile peraltro, motivandola con la necessità di fare un controllo per altri motivi. È utile anche “mappare” le lesioni per poter fare un confronto in una visita successiva, che dovrà essere richiesta a breve distanza, magari giustificandola in qualche altro modo che riguarda la salute, senza doversi affidare alla memoria. Può essere più facile in un successivo incontro entrare in argomento avendo più di un danno al quale fare riferimento; è opportuno parlare delle percosse non in maniera interrogativa, ma asseverativa rispetto al fatto che se ne riscontrano gli esiti, ma è utile farlo con un atteggiamento accettante, esplicitando un commento sulla frequenza di questi riscontri. Far sapere alla paziente che sono situazioni che si sono già presentate in ambulatorio può darle la sicurezza che esistano soluzioni che il medico ha già messo in atto con qualcun altro o, quanto meno, aiutarla a rendersi conto che non sta vivendo eventi rari e straordinari e quindi può indurla ad aprirsi. Se però anche dopo tali interventi la persona continua a negare si può, senza insistere, aggiungere che questo è quanto il suo corpo segnala e che capiamo che è il forte attaccamento che prova per la relazione che la rende così reticente. Sarà utile poi aggiungere che nel caso ci ripensasse siamo a conoscenza di persone e centri che possono fornire un valido aiuto in queste situazioni. Qualora vi siano figli è bene menzionarli dicendo ad esempio “centri che possono aiutare lei e i suoi figli”, perché molta della paura è che gli atti violenti, nonostante non abbiano investito i figli, vengano compiuti anche su di loro come ritorsione perché non è stato mantenuto il silenzio. Ovviamente è necessario essere informati sui centri antiviolenza più vicini e conoscere il servizio sociale del distretto per potere rendere più facile alla donna il loro reperimento.

È da segnalare che in presenza di bambini che presentano cali di rendimento scolastico e/o anomalie del comportamento o improvvisi disturbi dell'alimentazione e del sonno il medico dovrà prendere in considerazione anche l'ipotesi che, seppure non presentano segni diretti violenze fisiche, abbiano assistito ad atti di questo tipo in famiglia.

Questo apre il problema della cosiddetta “violenza assistita”, dizione ambigua e linguisticamente scorretta con la quale si indicano quelle situazioni nelle quali i bambini sono costretti ad assistere ad atti di violenza verbale, fisica, sessuale, psicologica su altri membri della famiglia non solo da parte degli adulti, ma anche di minori su altri minori.

Quando i bambini vedono

Il tipo di violenza alla quale i bambini assistono può essere diretta nel senso che la vedono consumarsi sotto i loro occhi, ma può anche essere indiretta quando ne vengono a conoscenza o ne vedono gli effetti sulla vittima. In questo secondo tipo di violenze vengono inclusi anche gli atti violenti compiuti sugli animali domestici nei quali i bambini investono l'affetto e, a volte, si identificano favoriti in questo dal fatto che nel mondo delle favole e dei cartoni animati gli animali godono di uno status molto vicino a quello degli umani. L'esposizione alla violenza verbale del genitore maltrattante il partner e agli effetti dello stress sulla vittima che fa vedere di non riuscire a proteggere né sé, né il figlio, oltre a determinare danni diretti sullo sviluppo psicofisico per il loro effetto traumatico, rappresentano un forte stimolo all'apprendimento di comportamenti relazionali violenti nelle relazioni di affetto. Il medico è tenuto a informare la paziente del danno che corrodo i figli che assistono a scene di violenza, ma deve farlo con molta discrezione per evitare che la donna si senta colpevolizzata perché non ha saputo ribellarsi.

Una particolare forma di violenza domestica: la violenza sessuale

La violenza sessuale di un uomo su una donna, detta anche *violenza carnale* o *stupro* consiste nel costringere con violenza a un accoppiamento sessuale chi lo rifiuta. Questo è possibile che avvenga tra sconosciuti, ma anche nell'ambito di una relazione sentimentale e tra coniugi. Il significato è però lo stesso: la volontà di compiere un atto sessuale a prescindere dal consenso dell'altro che non è tenuto in conto come persona, ma soltanto per il suo corpo che viene ridotto ad oggetto d'uso.

Quando questo succede nell'ambito della coppia convivente è difficile che la donna lo denunci con chiarezza. In generale non ne parla al medico, tutt'al più può lamentare eccessive richieste da parte del partner. In questi casi può essere utile indagare con delicatezza chiedendo se le è possibile sottrarsi alle richieste e come il compagno reagisce al suo rifiuto.

Quando la violenza è compiuta in un ambito extrafamiliare il medico di medicina generale non è coinvolto in prima battuta in quanto in generale se si tratta di violenza compiuta da non familiari, la donna viene assistita dal personale dell'ospedale o dal ginecologo. Il medico di medicina generale può invece trovarsi a gestire le conseguenze psicofisiche di una tale violenza e, in aggiunta, da quella rappresentata dalle modalità dell'indagine su tale atto. Infatti la sofferenza legata a traumi del genere può ripercuotersi sullo stato generale di salute dando luogo a reazioni psicosomatiche e a disturbi psicologici. Se per questi ultimi il medico

dovrà valutare l'entità della sofferenza per poter suggerire un eventuale aiuto specialistico, le modeste reazioni psicosomatiche rientrano nelle sue competenze. La situazione richiede molta sensibilità e delicatezza perché, se non si può ignorare il collegamento delle possibili patologie insorte dopo il trauma della violenza con l'evento traumatico, il rischio è quello di rimandare alla donna l'idea di una sua eccessiva fragilità che può andare a sommarsi ai sentimenti di colpa che spesso immotivatamente accompagnano gli stupri, rinforzando la percezione di svalutazione di sé della vittima. Può essere di aiuto segnalare alla donna il fatto che è dato frequente che insorgano conseguenze di quel tipo nelle persone che hanno subito violenti traumi e che è necessario che passi parecchio tempo perché il corpo riprenda il suo normale funzionamento. Richiamare alla mente della vittima che si tratta di una reazione che non è strettamente individuale e sottolineare la presenza di ogni elemento, sia fisico che psicologico, indicante reattività e capacità di superare il malessere che sta vivendo può diminuire la tendenza a esprimere un giudizio negativo su di sé, e di conseguenza aumenterà la capacità di resilienza. Per fare un esempio per quanto riguarda il corpo può essere valorizzata la capacità di riprendersi dal dolore fisico o il rapido tempo di ripresa rispetto alla patologia lamentata e dal punto di vista psichico può essere dato valore, se solo viene anche timidamente espresso, al desiderio di riprendere la vita normale, ad esempio il lavoro, nonostante il trauma e la patologia che ne è conseguita. Ovviamente non è mai opportuno rassicurare sottolineando che non si tratta di patologie gravi perché l'impressione che ne verrà ricavata dalla paziente è quella che, insieme alla malattia, viene sminuito, se non addirittura banalizzato, l'evento traumatico che ha originato lo stato attuale di malessere.

Elenco degli autori

VANNA BERLINCIONI, Psichiatra, Psicoanalista SPI e IPA. Ricercatrice presso il Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli studi di Pavia.

DANIELA BOLELLI, Psichiatra, Psicoterapeuta Società Italiana Psicoterapia Psicoanalitica, Pisa.

CINZIA BRESSI, Professore Associato di Psichiatria, Dipartimento di Fisiologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università degli Studi di Milano e Dipartimento di Neuroscienze e Psichiatria, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano.

DANILO CARROZZINO, Dottore di Ricerca in Psicologia Clinica e Assegnista presso il Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio, Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara

DANTE CESARETTI, Medico di medicina generale, Animatore di formazione, Medico del lavoro Marina di Massa.

STEFANO COSTA, Neuropsichiatra infantile, Responsabile UO Psichiatria e Psicoterapia Età Evolutiva, UOC NPIA Attività Territoriale DSM-DP, AUSL di Bologna.

SECONDO FASSINO Professore Ordinario di Psichiatria f.r. all'Università di Torino, Presidente Società Italiana adleriana di Psicologia Individuale.

MARIO FULCHERI, Medico, Specialista in Psichiatria, Psicoterapeuta e Analista Adleriana, Professore Ordinario di Psicologia Clinica, Presidente Emerito del Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e della Salute, Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara. Esperto MIUR Commissione Tecnico Consultiva Scuole di Specializzazione in Psicoterapia. Past President Sezione Psicologia Clinica e Dinamica dell'Associazione Italiana di Psicologia. Vice Presidente della Società Italiana di Psicoterapia Medica.

LORENZO GAMMINO, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna.

DANIELA MARCHETTI, Psicologa, Dottore di Ricerca in Psicologia, Assegnista di Ricerca in Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio, Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara.

MARCO MENCHETTI, Dipartimento di Scienze Biomediche e Neuromotorie, Università di Bologna.

CHIARA PATIERNO, Dottore Magistrale in Psicologia Clinica e della Salute, Dottoranda di Ricerca presso il Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università degli Studi "La Sapienza" di Roma.

GIANCARLO RIGON, Psichiatra e Neuropsichiatra infantile, Bologna.

MARIA CRISTINA VERROCCHIO, Professore Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Scienze Psicologiche, della Salute e del Territorio; Università degli Studi "G. d'Annunzio" di Chieti-Pescara.

Edizioni ETS
Palazzo Roncioni - Lungarno Mediceo, 16, I-56127 Pisa
info@edizioniets.com - www.edizioniets.com
Finito di stampare nel mese di maggio 2019