Scuola Transteorica di Counseling Relazionale

PREVENIRE È POSSIBILE

**TESI DI DIPLOMA**

**IN COUNSELING RELAZIONALE**



**LIBERA UNIVERSITÀ DEL COUNSELING**

**ESPERIENZE DI COUNSELING DI UN MEDICO DI CONTINUITA′ ASSISTENZIALE NEL RAPPORTO COL PAZIENTE:**

**LA COMUNICAZIONE CHE CURA**

Relatore Candidata

Dott.Salvatore Nocera Drssa Laratta Carmela

ANNO ACCADEMICO 2014 – 2015

CROTONE 28 GIUGNO 2015

**PREFAZIONE**

Mi presento: mi chiamo Carmela Laratta, e svolgo un lavoro in ambito sanitario in qualità di medico di continuità assistenziale, a diretto contatto con i pazienti, senza l’interfaccia delle trappole invischianti burocratiche cui sono, loro malgrado, costretti i medici di base.

Siamo soli, quasi sempre, i pazienti ed io, con la mia esperienza e le mie competenze, senza alcun filtro, in un rapporto diretto in cui non dispongo di supporti laboratoristici né diagnostico-strumentali: nient’altro che le mie mani e la mia testa per iniziare diagnosi e terapia, in un microcosmo nel quale – trattandosi di un bacino di utenza di qualche migliaio di pazienti divisi in due paesi dell’entroterra della provincia di Crotone distanti tra loro quasi 20 km – il paziente è ancora – e soprattutto – persona.

Racconterò – alla luce del mio cammino nel Counseling Relazionale di Prepos – della mia esperienza lavorativa in rapporto con i vari idealtipi, del problema generale medico – paziente - malattia, del contesto nel quale effettuo le mie valutazioni e i miei interventi, in un clima generale in cui percepisco, più di ieri, in maniera sempre più incalzante l’equivoco delle eccessive aspettative dei cittadini nei confronti di una medicina mitica che purtroppo oggi sempre più assume i caratteri di medicina difensiva.

Infatti è sempre più attuale l’SOS lanciato da Richard Smith nel 1999, secondo cui “oggi è tanto più urgente alfabetizzare i cittadini sull’efficacia – appropriatezza - sicurezza degli interventi sanitari, quanto più la crisi economica costringerà la politica a scelte sempre più difficili per decidere quali prestazioni garantire a tutti i cittadini, le cui aspettative non potranno mai essere soddisfatte”.

Il **Counseling** mi ha confermato che la comunicazione necessita di essere calibrata ed affinata a seconda del paziente e della sua malattia, in un rapporto di relazione empatica e di dinamica interattiva, in una reciprocità che continuamente si modula e si modifica.

Se all’inizio della mia attività lavorativa facevo lampanti errori comunicativi nell’approccio al paziente, con il quale mi rapportavo in maniera univoca secondo i copioni della mia personalità, successivamente ho imparato, o meglio, iniziato a imparare che in rapporto alla persona di fronte alla quale ci troviamo, va utilizzata una comunicazione diversa e con azioni differenti, che possono essere, di volta in volta, di **responsabilizzazione-rimprovero, motivazione-incoraggiamento,insegnamento(formazione-informazione), coinvolgimento emotivo, tranquillizzazione, sostegno, gratificazione.**

**La** costruzione di una relazione umana col paziente, da parte di un medico **counselor, deve essere basata quindi sul bisogno del paziente e non sul proprio, giacché può** talora succedere che gli stessi pazienti **rinforzino** il copione del medico con cui vengono a contatto (nel senso che il medico che usa una comunicazione non congrua, centrata sul proprio copione, può rinforzarsi attraverso il copione del paziente che gli somiglia idealtipicamente). Ad esempio, un medico ansioso - avaro, di fronte ad un paziente anch’egli ansioso - avaro, può rinforzarne il copione ed esserne rinforzato, con una comunicazione non efficace che porta ad una relazione insoddisfacente per entrambi.

“Dottore, ho dolore alla pancia, in basso a destra. Sarà appendicite?”

“In realtà, alla palpazione profonda vi è dolore alla fossa iliaca dx “.

“E non è il caso che mi faccia vedere da un chirurgo?”

“Per me non c’è appendicite, ma comunque potreste andare in ospedale, per stare più tranquillo..”

Questo tipo di comunicazione, tra due idealtipi di personalità uguali, non solo risulta non utile alla relazione, ma è palesemente di ostacolo ad essa, cioè ad un rapporto maturo equilibrato medico - paziente, perchè si cristallizza nei reciproci copioni generando insoddisfazione in entrambi : nel paziente (che pensa “questo medico non capisce niente!”) e nel medico (che a sua volta si sente frustrato perché ha proiettato sul paziente la propria ansia). Al contrario, se si fosse usata una comunicazione tranquillizzante, che è l’ideale per quell’idealtipo di persona (“State sicuro: non è appendicite. Non c’è alcun bisogno che vi rechiate in ospedale“) , la relazione medico - paziente si sarebbe aperta empaticamente verso la soddisfazione di entrambi.

Occorre, infatti, empatia e partecipazione al vissuto del paziente per poter affrontare e rispettare i suoi modi di rispondere alla malattia: la persona, infatti, può negare, scindere la malattia o proiettare su altri ed in primis sul medico la sua aggressività, che si concatenano a loro volta col grado di stress cui medico e lavoratori del sociale sono sottoposti , in un quadro di “ burn – out “.

Come riferisce il prof. V. Masini nelle dispense del corso su comunicazione medico-paziente ,“Il processo di empatia è: la percezione e il coglimento del vissuto altrui.

**I processi di empatia consentono di interpretare il vissuto altrui come esito di processi di:**

* **a) proiezione: trasferimento su altri di vissuti propri tramite l'attivazione del proprio stato emozionale e mentale verso processi di azione.**

E' uno dei principali meccanismi di difesa indicati da Freud per esternalizzare da sé parti non - buone. Difende prevalentemente dal senso di colpa. Non è un meccanismo di controllo ma di attivazione, se c’è qualcosa che non va allora, si attiva la proiezione sull’altro. Questo tipo di meccanismo è dinamico nei confronti dell’altro e vi si strutturano le forme di aggressività, di tensione negativa. Tipico di alcune personalità disturbate come i borderline, paranoici o gli antisociali.

* **b) negazione: processo di evitamento degli aspetti sgradevoli della realtà trattandoli come se non esistessero.**

Il modello più tipico e quello della rimozione: processo di eliminazione dalla coscienza di vissuti negativi. In ambito psicoanalitico è un meccanismo di difesa consistente nel trasformare i dati psichici consci in inconsci o mantenere tali i dati psichici inconsci.

* **c) scissione: frattura tra sentimenti e comportamento. Ma anche: processo di scissione dell'Io che si distanzia da se stesso.**

I disturbi dissociativi riguardano la perdita dell'integrazione normale dei propri ricordi, percezioni, identità o coscienza. Chiunque può sperimentare occasionalmente la dissociazione, senza effetti dirompenti. Per esempio guidare per un certo tragitto e poi accorgersi di non ricordarne i particolari, perché era assorto in pensieri, nell'ascolto della radio, nella conversazione. Quando l'identità è frammentata insieme alla memoria, si manifesta la fuga dissociativa o il disturbo dissociativo dell'identità. I disturbi dissociativi di solito sono associati a uno stress insopportabile: traumi, incidenti o disastri vissuti in prima persona o di cui si è stati testimoni, oppure un conflitto interiore intollerabile che costringe la mente a separarsi da informazioni e sentimenti incompatibili o inaccettabili.”

Questi tre modelli base percepiti nella comunicazione sono tipici di alcune forme di comunicazione verbale e non verbale, per cui ai processi di **PROIEZIONE** corrispondono le forme temperamentali di **ATTIVAZIONE,** i modellicomunicativi di **DINAMICA,** e la forma del parlare **ILLOCUTORIA;** alle **NEGAZIONI** corrispondono forme temperamentali di **AROUSAL,** modelli comunicativi **NARRATIVI** e forma del parlare **LOCUTORIA;** alle **SCISSIONI** corrispondono forme temperamentali fondate sul **CONTROLLO**, modellocomunicativo **SIMBOLICO,** e forma del parlare **PERLOCUTORIA.**

**E richiedono approcci di counseling verso il paziente di tipo:**

**Proiezioni: ascolto e spegnimento;**

**Negazioni: consolazioni;**

**Scissioni: contatto con sé.**

La consapevolezza immediata del vissuto di base del paziente è sempre importante ma è indispensabile quando si deve comunicare una brutta notizia:

Il paziente, infatti, può:

* Proiettare su altri il proprio risentimento mediante aggressività o distruttività.
* Negare la notizia a se stesso e non responsabilizzarsi.
* Perdere il contatto con se stesso e andare in confusione.
* **Occorre dunque prepararsi mentalmente a reggere psicologicamente le sue reazioni e a produrre la comunicazione più adeguata.**
* Nel caso di processi proiettivi (rabbia e ansia anche generalizzata) il paziente deve essere ascoltato e indotto a spegnere la sua tensione interna.
* “Io la capisco!”
* Nel caso di negazioni o rimozioni (chiusura in se stesso, rassegnazione eccessiva, pallore da panico) il paziente deve essere consolato mediante narrazioni.
* “C’è un mio paziente che …”
* Nel caso di scissioni il paziente deve contenere la confusione mentale mediante contatto con se stesso.
* “Lei è una persona che … si ricorda quando …”
* **Cos’è, infatti, il feed -back?**
* Una retroazione comunicativa
* Concetto mutuato dalla scienza della comunicazione e dalla cibernetica alla medicina e alle scienze biologiche per indicare quei processi circolari la cui conclusione agisce retroattivamente sull'innesco iniziale del processo. Nel counseling è la forma di dichiarazione dei propri vissuti in seguito all'esternalizzazione dei sentimenti di un'altra persona.
* Le implicature comunicative nella relazione con il paziente sono fondate su continui feed back reciproci.
* Se sono armonici e sintonici, chiudono la relazione positivamente per il paziente che prende atto della sua condizione e riorganizza la sua esistenza e per il medico che metabolizza il suo disagio.
* Se non si chiudono nella comprensione reciproca, conducono a sofferenza psichica il paziente a burn out il medico. [[1]](#footnote-1)“
* **… Cosa è il burn – out ? “** Il concetto di burn-out (alla lettera essere bruciati, esauriti, scoppiati) è stato introdotto per indicare una serie di fenomeni di affaticamento, logoramento e improduttività lavorativa registrati nei lavoratori inseriti in attività professionali a carattere sociale. Fasi:

1. Entusiasmo idealistico: aspettative di “onnipotenza”, di soluzioni semplici, di successo generalizzato e immediato, di apprezzamento.

2. Stagnazione: da un super investimento iniziale a un graduale disimpegno. Profonda sensazione d’inutilità e di non rispondenza ai reali bisogni dell’utenza.

3. Frustrazione: atteggiamenti aggressivi (verso se stesso o verso gli altri), comportamenti di fuga (allontanamenti, pause prolungate, assenze per malattia).

4. Apatia: morte professionale, mancanza di sensibilità, cinismo.

Sintomi: Il soggetto colpito da burn-out manifesta sintomi aspecifici (irrequietezza, senso di stanchezza ed esaurimento, apatia, nervosismo, insonnia), sintomi somatici (tachicardia, cefalee, nausea, ecc.), sintomi psicologici (depressione, bassa stima di sé, senso di colpa, sensazione di fallimento, rabbia e risentimento, alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno, indifferenza, negativismo, isolamento, sensazione d’immobilismo, sospetto e paranoia, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, difficoltà nelle relazioni con gli utenti, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti degli utenti). Tale situazione di disagio molto spesso induce il soggetto ad abuso di alcool o di farmaci.

Il soggetto colpito da burn-out manifesta sintomi aspecifici (irrequietezza, senso di stanchezza ed esaurimento, apatia, nervosismo, insonnia), sintomi somatici (tachicardia, cefalee, nausea, ecc.), sintomi psicologici (depressione, bassa stima di sé, senso di colpa, sensazione di fallimento, rabbia e risentimento, alta resistenza ad andare al lavoro ogni giorno, indifferenza, negativismo, isolamento, sensazione d’immobilismo, sospetto e paranoia, rigidità di pensiero e resistenza al cambiamento, difficoltà nelle relazioni con gli utenti, cinismo, atteggiamento colpevolizzante nei confronti degli utenti).Tale situazione di disagio molto spesso induce il soggetto ad abuso di alcool o di farmaci.

**Antidoti al burn- out da ridotta realizzazione personale e da proiezioni:** Occasioni di confronto con colleghi, apertura al dialogo motivazionale mediante processi dinamico-interattivi.

Solo il gruppo può stimolare a svolgere un’azione o a perseguire un cambiamento. (Il mondo dei colleghi.)

**Antidoti al burn -out da esaurimento emotivo e negazioni:** La possibilità di entrare in contatto relazionale profondo con interlocutori capaci di comprendere il peso della propria sofferenza per riorganizzare e dare maggior struttura alla propria personalità. (Il mondo degli affetti).

**Antidoti al burn- out da depersonalizzazione e da scissioni:** Il ricorso a vecchi amici e il ricordo dei precedenti sogni, ideali, cognizioni e simboli che consentano di mettere in contatto diversi punti di vista e diverse culture professionali. (il mondo degli amici).”[[2]](#footnote-2)

Scopo di questa tesi è, partendo dall’analisi dell’evoluzione del rapporto medico-paziente negli ultimi decenni, dimostrare come la comunicazione nel **Counseling** tra le parti, perché sia positiva e soddisfacente per entrambi (affine) e non oppositiva, debba correlarsi alla tipologia personologica del paziente, con ascolto attivo e modulazione partecipe e consapevole, per un feedback positivo nella relazione (preciso che le storie raccontate in seguito sono state modificate ai fini di rendere impossibile il riconoscimento delle persone, per rispetto della legge sulla privacy).

Infatti, come scrive il Prof. Masini: “Ciascuno percepisce affinità o opposizioni a seconda del suo temperamento e della forma complessiva della sua personalità, ritrovandosi spesso a chiedersi perché i rapporti che stabilisce con gli altri si riproducano in modo assai simile … È possibile orientare lo stile comunicativo del medico in ordine al miglioramento della relazione con il loro paziente?” [[3]](#footnote-3)

Giacché la comunicazione medico-paziente inconsapevole viene falsata dalla presenza, all’interno della relazione, di azioni comunicative, già presenti, di **oppressione**, **intimidazione, squalifica, seduzione**, **demotivazione**, **istigazione,** **manipolazione**-**ricatto** **affettivo**, che si riproducono sulla base delle rispettive personalità. Ottenendo le primissime informazioni già dall’osservazione del viso, dalla postura, dalle fissità corporee: tipologia rigida-appeso, dominante-gobba, cerebrale-capestro, rigido-sinuoso, rigido-mollica, invisibile-appeso giogo, dipendente-piedistallo), da come gesticola (es: l’avaro ha gesti rigidi e controllati con movimenti scattosi tipo chiudere la mano o mettere le mani in parallelo per fare una scatola, il ruminante gesti più dinamici e aperti centrati sulle braccia tipo pugno chiuso, il delirante muove prevalentemente le dita in modo velocissimo e anomalo, l’effervescente movimenti ampi e coinvolgenti da seduttore, mani aperte e forte espressività del viso, l’apatico movimento minimo ridotto all’essenziale, l’invisibile molto misurato e poco gesticolante, l’adesivo con movimenti di contatto e accoglienza), dal modo di camminare (rigido e dritto nell’avaro, veloce ed energico nel ruminante, sciolto e dondolante nel delirante, plateale nello sballone, lento e calmo nell’apatico, circospetto e ricurvo nell’invisibile, rumoroso e proteso in avanti nell’adesivo) , dal modo come si posiziona nello spazio, quindi dal linguaggio non verbale, ancor prima che da quello verbale, si possono ottenere importanti informazioni per la creazione di un’efficace relazione fiduciaria, sulla base delle note relazioni di affinità del modello **Prepos**.

Già ad esempio da come ci si atteggia e ci si posiziona nello spazio, possiamo avere informazioni molto utili, (op. cit. L. Barbagli - Rossana Vanali - Vincenzo Masini pp. 300-301-302): seducente da sballone, distratto e pacifico da apatico, con lo sguardo perso fuori la finestra da delirante, rilassato e proteso in avanti da adesivo, in un angolo a occhi bassi ripiegato su sè stesso da invisibile, sguardo negli occhi e gestualità esagerata da ruminante, rigido sulla sedia con uno sguardo di controllo a tutto da avaro.[[4]](#footnote-4)

RACCORDO TRA TIPOLOGIE E ASPETTI POSTURALI,GESTUALITA′, MIMICA FACCIALE E SGUARDO.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CONTROLLO  (inibizione) | ATTIVAZIONE  /(energia ) | AROUSAL  (emozionalità) |

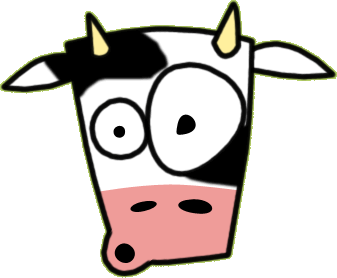
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | POSTURA | MIMICA FACCIALE | SGUARDO | GESTI |
| AVARO | Rigida, retta | Controllata e attenta | Fisso, fermo | Rigidi, controllati |
| RUMINANTE | Pratica in avanti o retta | Naturale ed espressiva | Fermo e intenso | Energici, diretti |
| DELIRANTE | Ciondolante e rigida | Naturale/distante | Rivolto in alto e in movimento | Naturale,  ciondolante |
| SBALLONE | Elegante, retta | Espressiva | Seducente,vivo, allegro | Espressivi,  coinvolgenti |
| APATICO | Rilassata, morbida | Inespressiva | Spento ed assente | Lenti, calmi |
| INVISIBILE | Ricurva, sottomessa | Corrucciata,  triste | Sfuggente o rivolto in basso | Lenti, silenziosi |
| ADESIVO | Rigida e dal basso verso l’alto | Espressiva | Vivo, curioso | Tesi verso l’altro  E le cose. |

**TABELLA pag 129 (Barbagli-Vanale-Masini)**

Se il paziente è un avaro, il medico deve porsi in maniera coinvolgente, da sballone, oppure in modo quieto come un apatico.



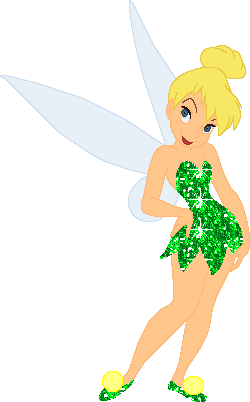
Se ruminante,… chiuso, pragmatico, materialista, diffidente …, va trattato con calma e tranquillizzato, come un apatico, oppure con ascolto e sostegno come un invisibile.



Se il paziente è un delirante va trattato in modo affettuoso e gratificante come un adesivo, oppure con ascolto e sostegno come un invisibile.



Se il paziente è uno sballone occorre porsi in maniera precisa come un avaro o come un adesivo.



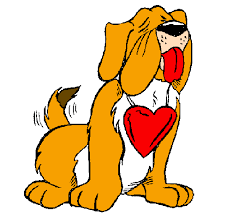
Se è un apatico, in una posizione motivante come un ruminante oppure responsabilizzante in posizione da avaro.



Se invisibile, quindi timido, chiuso, riservato, va incoraggiato come un ruminante, oppure come un delirante e ciò può insegnargli ad aver fiducia in sé.



Se adesivo, seduto in posizione rilassata, aperta, protesa in avanti, va accolto affettuosamente e coinvolto come uno sballone, o in maniera dialogica come un delirante.



Sempre dunque ponendosi in relazione di affinità **(sapendo anche che ogni relazione di affinità è soprattutto antidoto di una corrispondente relazione di opposizione):**

**Disponibilità SB-AD (antidoto dell’Insofferenza AV-DE), Dialogo DE-AD (antidoto dell’Evitamento SB-IN), Riconoscimento DE-IN (antidoto dell’Equivoco AD-RM), Incontro RM-IN (antidoto del Logoramento DE-AP), Mediazione RM-AP (antidoto dell’Incomprensione IN-AV), Complementarità AV-AP (antidoto della Delusione), Integrazione AV-SB (antidoto del Fastidio AP-AD).**

**Ovviamente per spostare eventualmente sè stessi e gli altri nell’idealtipo adiacente che più si confà al raggiungimento dell’affinità vi sono interventi comunicativi di TRANQUILLIZZAZIONE, INCORAGGIAMENTO, RASSICURAZIONE, COINVOLGIMENTO, RIMPROVERO, RESPONSABILIZZAZIONE, ATTACCAMENTO, SOSTEGNO di cui tratterò più ampiamente nella parte riguardante la comunicazione nel counseling.)**

**INDICE**

**PREFAZIONE pag. 2**

**CAPITOLO I: SALUTE, CURA E MALATTIA .**

**1.1 Definizione di salute pag. 18**

**1.2 Definizione di cura………………………………………… pag. 20**

**1.3 Definizione e significato di malattia……………………… pag. 22**

**1.3a. La malattia-dolore-sofferenza , come non detti pag. 24**

**1.3b. Negare la malattia: racconto di una mia esperienza**

**alla luce del counseling....................................................... pag. 26**

**1.3c. La medicina psicosomatica: la malattia come**

**messaggio delle emozioni.................................................... pag. 30**

**1.3d. Sickness: ruolo sociale della malattia................................ pag. 39**

**CAPITOLO II: COSA VUOL DIRE, PER ME, ESSERE MEDICO NEL COUNSELING: AUTOBIOGRAFIA DI UNA SCELTA.**

**2.1 Cominciare da se stessi. pag. 42**

**2.2 Perché ho deciso di fare questo lavoro pag. 43**

**2.3 Dai miei modelli di medico alla figura del**

**medico-counselor pag. 45**

**2.4 Cosa ha significato per me, nella vita e nel lavoro,**

**l’approccio al counseling pag. 47**

**CAPITOLO III: RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE NELLA STORIA**

**3.1 Dagli albori al secolo scorso pag. 50**

**3.2 Ruolo del medico nella società attuale e consenso**

**Informato pag. 54**

**3.2 a Consenso informato ( modello etico-contrattuale) pag. 55**

**CAPITOLO IV: MEDICINA IN CRISI : PERCHE′?**

**4.1 Limiti della Medicina, tecnologia ed aspettative**

**del paziente – cliente pag. 58**

**4.2 Malattia e ruolo sociale (sickness):**

**esperienza personale pag. 60**

**4.3 Il malato ridotto a cartella clinica pag. 62**

**4.4 Che fare pag. 63**

**CAPITOLO V: COMUNICAZIONE MEDICO- PAZIENTE**

**5.1 Il counseling medico pag. 66**

**5.2 Come comunicare con il paziente pag. 67**

**5.2a Comunicare ed ascoltare: l’ importanza del silenzio pag. 69**

**5.3 Medicina Narrativa e Counseling. Narrare: perché ? pag. 70**

**5.4 Come relazionarsi col paziente pag. 81**

**5.5 Che tecniche di comunicazione usare nella relazione**

**col paziente pag. 85**

**5.6 Spunti di riflessione: Counseling, medicina**

**e narrazione pag. 97**

**CAPITOLO VI: INTERVENTI DI COMUNICAZIONE**

**6.a Stili di scrittura in medicina narrativa pag.115**

**6.b Metodologie narrative pag.116**

**CAPITOLO VII: IO NEL MIO LAVORO: CASISTICA**

**E RIFLESSIONI PERSONALI1 pag.119**

**CONCLUSIONI pag.127**

**RINGRAZIAMENTI pag.137**

**BIBLIOGRAFIA pag.140**

**CAPITOLO I**

**SALUTE, CURA E MALATTIA**

**“Non rimuovere processi di devianza o di patologia, ma aggiungere virtù e valori che sono carenti all’interno di quella persona che chiede un aiuto” (Masini)**

***1.1 Definizione di Salute-***

Secondo la definizione dell’OMS (Alma Alta, ORSS 6-12 sett. 78 ) la salute è “uno stato di benessere fisico-mentale-psicologico ed emotivo, o non la semplice assenza di malattia o infermità, ed è un diritto umano fondamentale”. “.

ART. 32 COSTITUZIONE: La repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell’uomo e come interesse per la collettività, garantendo cure per gli indigenti. Nessuno può violare i limiti imposti dal SSN ad essere curato se non per disposizione di obbligo di legge. La legge non può in nessun modo violare i limiti imposti dal SSN.

Nella Conferenza Internazionale della promozione della salute di OTTAWA (Ontario, Canada, 17-21 nov 86), si ribadisce che la promozione della salute è il processo che mette in grado le persone di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla, tramite informazione ed educazione, allo scopo di fare scelte favorevoli al mantenimento e al miglioramento della vita quotidiana.

Il concetto di salute nella storia si è andato evolvendo, dai fenomeni religiosi degli albori dei tempi, dalla medicina razionale di Ippocrate, attraverso la nascita della medicina scientifica di fine ‘700, sino al concetto *ATTUALE DI SALUTE GLOBALE* che vede la persona come *UNITA’ PSICOFISICA IN INTERAZIONE CON* *L’AMBIENTE CIRCOSTANTE*. Quindi la salute, ancor prima di cura, è anche PREVENZIONE, che significa attuare una serie di interventi consapevolmente mirati ad evitare, o almeno limitare, la comparsa di malattie attraverso la rimozione di fattori di rischio sia personali sia ambientali sia lavorativi, così da migliorare globalmente la qualità della vita.:

1) attraverso comportamenti evitanti il contatto con fattori patogeni o potenzialmente tali (fumo, alimentazione squilibrata, ipercolesterolemia, alcool, droghe, sedentarietà) ,

2) attraverso periodici interventi di screening volti a evitare – o per lo meno scoprire in stadi più iniziali e meglio curabili \_ patologie in gruppi a rischio (es. pap- test, colonscopia e mammografia dopo i 50 aa, controllo glicemico e curva da carico in soggetti con familiarità diabetica, valutazione cardiologica in pazienti con familiarità per patologie cardiovascolari, ecc.), e, infine

3) attraverso interventi di prevenzione di complicanze e recidive in caso di patologie già accertate (es. terapia anticoagulante in pazienti con vasculopatia cerebrale, terapia con gastroprotettori in pazienti in trattamento cronico con FANS, ecc. )

Giacché però la salute non è solo espressione della realizzazione di uno stile di vita sano ( in rapporto all’ esclusivo criterio di normo-funzionalità dei vari organi ed apparati), ma va intesa in senso più esteso come **BENESSERE**, (non solo fisico ma anche psichico, emozionale, familiare, sociale, lavorativo: **relazionale**), occorre addentrarci sulla valenza del termine BENESSERE.

Infatti, l’uomo persona è talmente abituato a vedere, sentire, affrontare il male, sotto forma di malattia, disagio, sofferenza, impatto emozionale negativo, da non riuscire a soffermarsi neanche su ciò che è il bene (come dice Salvatore Nocera (**Counseling e promozione della salute**, lezione di Crotone): “ Siamo sicuramente molto più impegnati a combattere il male piuttosto che a promuovere il bene”). Quindi stare bene significa non soltanto assenza di malattia psicofisica ma anche avere un’esistenza qualitativamente “buona”, influenzata da “fattori non solo organici ma anche comportamentali, ambientali, sociali, culturali, lavorativi.”(Wikipedia).

***1.2 Definizione di cura***

Curare è somministrare un farmaco o effettuare un intervento chirurgico, ma non solo. Il farmaco, nelle sue qualità prettamente farmacodinamiche, interagisce anche con l’aspetto psicodinamico del paziente, per cui vi è sia l’effetto sull’organismo dal punto di vista biologico che quello globale sulla persona. Tant’è che oramai è accertata la valenza dell’effetto “placebo” di un farmaco, che cura in quanto somministrato dal Medico in un rapporto t*aumaturgico*(e non è solo il farmaco a curare, ma spesso la stessa presenza del medico è già cura!), di fiducia ,e, viceversa, lo stesso farmaco prescritto dal medico - in funzione della sua valenza anche simbolica - può persino divenire inefficace se somministrato nel corso di una relazione sbagliata col medico, una “non relazione”, o meglio, una relazione oppositiva e non affine.

Curare, pertanto, significa *instaurare un’alleanza terapeutica* motivata e concordata, che si basa non esclusivamente su un’azione farmacologica o chirurgica, ma bensì anche sull’instaurazione e mantenimento responsabile di un *impegno*, che deriva dal riconoscimento etico di appartenenza alla stessa umanità.

Questa alleanza è sostenuta da alcuni principi fondamentali :

1) Principio di “non nocere”, ossia di non fare il male del paziente,

2)Dedicarsi al paziente per fare il suo bene (in termini di mantenimento/miglioramento di salute e salvaguardia in vita), senza però che siano richieste al medico prestazioni contrarie alla sua etica,

3) Principio di autonomia (consenso informato), ossia aderire ad un piano terapeutico concordato e consapevole.

Alla luce di tutto ciò, curare significa in definitiva, indicare, sollecitare, invitare, motivare cambiamenti di comportamento anche preventivi allo scopo di promuovere la salute e il benessere, accogliendo, se necessario, anche eventuali atteggiamenti di non cooperazione, di rifiuto, di ostilità, che possono manifestarsi nel paziente nel caso in cui occorra un cambiamento non adeguatamente motivato.

Pertanto *cura*, che deriva dalla radice ku/Kav = Osservare, significa premura, costanza, attenzione, diligenza, zelo, in altre parole ”*responsabilità*.” Quindi *curare* significa prendersi cura, con competenza e compassione (cum pati) perché il concetto di malattia e salute non è rigorosamente oggettivo, ma necessita di essere inserito in un quadro di universalità, secondo una visione dell’uomo nel mondo, nella scienza, nella società, che si ricollegano al concetto attuale di malattia intesa non solo come *Disease* (ossia malattia clinicamente oggettivabile), ma anche come *Sickness* (ruolo sociale della malattia) e come *Illness* (ossia al malessere della persona determinato dall’impatto della malattia con la persona in relazione alla sua sfera intima, lavorativa, sociale, comportamentale, ecc.).

La cura è anzitutto un’ azione più o meno consapevole volta ad instaurare una relazione in cui l’altro viene aiutato a crescere e ad attualizzare sè stesso (Mayeroff ), e tale azione può comunque concretizzarsi anche in breve tempo, come avviene nelle cosiddette emergenze.

L’essenza della cura consiste nell’essere una pratica che accade in una relazione e che si attua secondo durate temporali variabili , è mossa dall’interessamento dell’altro, è orientata a promuovere il suo BEN-ESSERCI, e per questo si occupa di qualcosa di essenziale per l’altro (Luigina Mortari).

Su tale base, un medico formato al counseling può agire in tal senso , mentre le attuali condizioni socio-sanitarie costituiscono un ostacolo a questa promozione di benessere, ossia di stare nel BENE.

* 1. ***Definizione e Significato di malattia***

Come in precedenza accennato, per *Malattia* – e qualunque definizione che sia univoca è , in un certo senso, riduttiva - si intende una lesione anatomica di organi/apparati, quindi obiettivabile (**Disease: è la malattia dal punto di vista del medico formato in senso biologico** ) ; una *frattura dello stato sociale* ( **Sickness** ) poiché l’essere malato genera pathos in grado di indurre modificazioni negli altri, risvegliando reazioni di condivisione, pietà, compatimento, empatia, ed una ferita intima ( **Illness** ) che concerne la sfera più profonda della persona.

Il paziente, infatti, è soprattutto persona, ed il **Counseling** serve al medico per aiutare, sostenere, realizzare, soddisfare, preservare anzitutto il benessere, nonché a far accettare il malessere e la malattia, giacché vivere bene non è soltanto godere di buona salute, ma anche star bene nella psiche, nel sociale, nell’ambiente, nel lavoro, nelle relazioni, sia con se stessi sia con gli altri e il mondo. Ecco perché, se la relazione con il sé, col mondo, con gli altri è fondamentale per il benessere, lo è tanto più in condizioni di malessere e il medico deve tenerne conto nei confronti della persona ammalata quando vi entra in relazione, che deve essere empatica per poter fornire sostegno ed aiuto in quella che probabilmente è la relazione di aiuto per eccellenza. In tale ottica, saper comunicare è già la prima forma di aiuto e cura.

La malattia è un vissuto, non solo una ferita all’integrità di un corpo, integrità che non è soltanto fisica, anatomica, organica, ma anche psichica, familiare, sociale, esistenziale, per cui il nome di una malattia assume significati e connotati differenti per ogni soggetto, sulla base anche del diverso contesto personale, culturale, sociale, lavorativo, familiare.

*Ricordo una signora, che un pò di anni fa venne nel mio ambulatorio per un episodio di vertigini ed al momento della misurazione pressoria, scoprendosi il braccio, si affannò ansiosamente a dirmi, a proposito della sua dermatite, che non era infettiva. Sorridendo, le risposi: ” State tranquilla signora, sono un medico e so che si tratta di psoriasi; anche mio nonno, col quale ho vissuto per parecchi anni, ne era affetto.”. Dopo una brevissima pausa, la signora iniziò a raccontarmi: “ Sapete, in paese hanno* *tutti paura che si tratti di una malattia contagiosa. A casa mia non viene mai nessuno; le persone si fermano sulla porta e non si avvicinano mai troppo quando mi parlano. E se proprio qualcuno è costretto a farmi visita, si guarda bene dal prendere un caffè, o un semplice bicchiere d’acqua, hanno tutti paura ….Come se fosse lebbra.”.*

*Ecco: la sua malattia non era una semplice dermopatia squamo-crostosa, ma era di più, molto di più, assumeva una valenza personale (lei ne provava* ***vergogna****, tanto da non indossare abiti a maniche corte nè gonne , neanche durante la stagione calda), familiare (nel rapporto con le figlie e il marito, che respingeva col* ***senso di colpa*** *per il timore che provassero fastidio e disgusto al semplice contatto con lei), e sociale (perché di fatto la malattia la emarginava in un isolamento sociale non voluto, che rinforzava la sua* ***depressione****, trattata in modo impeccabile con terapia farmacologica, ma ovviamente con scarsa compliance ...), nell’ottica di un conflitto tra rabbia, ovvero senso di colpa e depressione , ed ipersensibilità , ovvero vergogna.-*

A tal proposito, mi sovviene , per inciso di soffermarmi su come nella mia realtà lavorativa venga sempre più spesso a contatto con la patologia depressiva che , alla luce del counseling, esprime la radicazione di un senso di colpa verosimilmente indotto, ereditato da un ambiente familiare squalificante che non ha consentito alla persona di costruirsi un’immagine di sè positiva , sicura e reale. La persona depressa è triste e si sente vuota ed inutile, apatica, annoiata, non prova più piacere per nulla, ha turbe del sonno, rallentata nei movimenti e nell’ideazione, disattenta, non ricorda, e non sa prendere decisioni: è come svuotata, fino a maturare ricorrenti pensieri di morte. La persona depressa si richiude nella sua invisibilità , autosabotante e autosqualificante , vivendo in maniera cristallizzata nel presente e negandosi il futuro, da cui non si aspetta niente (“ il mondo è nero “, “non voglio più vivere”, “mi sento vuoto “).

Personalmente ho modo di vedere come nella mia quotidianità lavorativa questo disagio sia in aumento (ricordo che agli inizi della mia attività di aver incontrato un numero impressionantemente elevato soprattutto in quei paesini nei quali vigeva un modus vivendi rigido improntato alla chiusura , secondo norme anacronistiche rispetto ai tempi , e ciò in modo particolare in giovani donne tra i 20 e i 40 anni , ma non solo).

Il professor Masini in una lezione sui “Numeri del Disagio” del giugno 2009 parlava di oltre tre milioni di persone che in Italia fanno uso di antidepressivi, e allora sorge spontanea la domanda: Come può essere di aiuto il medico aperto al counseling in tutto ciò ? Perché non basta la “compressina miracolosa“ a risolvere un disagio. Il counseling può essere una risorsa di aiuto anzitutto accettando e rispettando il vissuto del paziente , spiegandogli che la visione che egli ha di se stesso , della propria esistenza, degli altri non è reale ma è la conseguenza di questa malattia, che è guaribile. Guaribile non solo attraverso un semplice sforzo di volontà, e questo lo faccio sempre notare ai familiari , che sono molto “bravi” ad instillare e rinforzare il senso di colpa (“se solo tu volessi.., ti devi sforzare, con un po’ di buna volontà…,ecc. “)

Occorrono, invece, una serie di interventi mirati, personalizzati e progressivi, quali chiedere alla persona di scrivere un diario , scegliere una cosa piacevole con la quale occuparsi, organizzare un evento sociale quale una cena o semplicemente invitare qualcuno, e soprattutto fermarsi a riconoscere a se stessi i propri meriti , e iniziare - anche se è difficile - a perdonarsi e a riconoscere i propri limiti , imparando che nessuno è perfetto.

***1.3a) La malattia - dolore-sofferenza, come non detti***

Sedare il dolore e sanare gli infermi è un principio deontologico da rispettare sempre, ripristinando la salute e rimuovendo o alleviando la malattia, ma oggi, a causa dell’allungamento della vita media per il progresso della scienza e l’avanzamento della tecnologia, non si può fare a meno di domandarsi se in realtà la qualità della vita sia, tutto sommato, così migliorata rispetto al passato. Nonostante il progresso, infatti, rimangono le malattie croniche e rimane il dolore, che ci è compagno, purtroppo, per la vita, per cui sedare dolore e sofferenza è uno dei compiti a cui deve rispondere chi si prende cura del malato che soffre.

Ma cosa è il dolore? E ′ un “nodo che non si scioglie e non si rompe” (Iliade XIII,359-360); il dolore strappa, spezza, lacera, interrompe, frattura; il dolore ci lega, ci fissa, ci isola, ci blocca, ci obbliga a fare i conti con i nostri limiti, per giungere al limite estremo che è la morte. Morte che è la nostra, e di nessun altro, e ci marca, come la vita, anch’essa nostra, e di nessun altro. Perché non esistono in tutto l’universo due morti uguali, due persone uguali, due vite uguali.

Non è facile, oggi più che ieri, parlare della malattia, del dolore, della sofferenza, perché la nostra società porta avanti un rifiuto radicato, culturale, di soffrire, di ammalarsi, di morire, a causa di valori di felicità, bellezza a tutti i costi, giovinezza eterna, ricchezza, che in realtà non sono che disvalori, che illudono l’uomo sulla inesistenza di barriere ed ostacoli, alimentandone il senso di onnipotenza, per cui la malattia diventa un assurdo e la sofferenza inaccettabile. Ma la malattia esiste, il dolore esiste, la sofferenza esiste: e toccano tutti, nessuno escluso.[[5]](#footnote-5)

”Alla ricerca di un significato della vita. Per una psicoterapia riumanizzata”. Mursia. Milano, 98.

***1.3b)*** ***Negare la malattia: racconto di una mia esperienza alla luce del counseling***

*1.3 b) Negare la malattia : racconto di una mia esperienza alla luce del counseling .*

*Una mia paziente, da me inviata, dopo aver effettuato terapia farmacologica, in ospedale per sottoporsi ad ecografia renale a causa di un episodio colico, ritornata in ambulatorio con il referto, avendo scoperto atrofia di uno dei due reni (a causa di un grosso calcolo incuneato a stampo nell’uretere), mi ripeteva, angosciata, che l’urologo le aveva* *ipotizzato la possibilità di dover fare intervento di rimozione del rene atrofizzato, se all’esame scintigrafico successivo fosse risultato non funzionante. Per lei ciò non era possibile . “Io sono sana, non ho mai sofferto di niente!!”, mi ha sottolineato, con un processo di negazione comprensibilissimo, sotto forma di difesa nei confronti di una patologia improvvisa che la obbligava a fare i conti con la sua vulnerabilità di persona, e che quindi costituiva per lei molto più che una menomazione fisica. Pur tuttavia, a distanza di quasi due mesi, pur avendo effettuato visite specialistiche ed accertamenti strumentali che le imponevano l’asportazione del rene atrofico in quanto non funzionante, sebbene fosse stata tranquillizzata sul fatto che il rene sano avrebbe lavorato di più vicariando la funzione dell’altro, continuava nel suo atteggiamento di incredulità e rifiuto. “Non è possibile! Io non ho mai avuto niente!”, mi ripeteva. Per inciso, il suo dottore di base, a cui si era rivolta, usò con lei una comunicazione incongrua spiegandole minuziosamente la patologia con modalità piuttosto aggressive e frettolose, per cui la paziente è tornata da me a chiedere aiuto. Grazie all’approccio col counseling, ho potuto inquadrarla nell’idealtipo avaro-adesivo , quindi soggetto con livelli eccessivi di controllo e bisogno di riconoscimento, già affetta da ansia generalizzata (“la casa non è abbastanza pulita e non è abbastanza grande, il marito non c’è mai, i figli lavorano tutto il giorno, i soldi non bastano mai, non riesco a non pensare che tutto va male, la notte non dormo e sono sempre stanca e non lo so perché , e sono sempre preoccupata e non so perché.”.).*

*Dice il Prof. Masini: “L’ansia è prodotta dal tentativo di controllare l’****equivoco*** *interno tra rabbia ed attaccamento, l’equivoco richiede un livello eccessivo di controllo ed è proprio il controllo eccessivo verso le preoccupazioni che diventa dilagante”.*

*La posizione del medico è efficace quando mette in atto la possibilità di* ***riconoscere*** *il vissuto interiore del paziente attraverso una locuzione narrativa e descrittiva degli stati interiori che il paziente vive.”.*

*Pertanto, nei confronti della signora, idealtipo avaro, che aveva ansia post traumatica (giacché ricevere la notizia di un intervento chirurgico di asportazione di un organo è innegabilmente un trauma, psichico oltre che fisico, che richiede modi e tempi di elaborazione ed accettazione personalizzati), mi sono posta in un atteggiamento di complementarietà, modulando la conversazione e la comunicazione, con modalità tranquillizzanti (Io la capisco, capisco la sua preoccupazione … - C’è una signora che conosco che ha scoperto l’anno scorso, all’età di 60 anni, facendo un’ecografia renale di routine, di essere nata con un solo rene. Pensi, non se n’era mai accorta perché non aveva nessun sintomo, e se non avesse fatto quell’esame, non l’avrebbe saputo mai …), per rimediare*, *almeno in parte, agli effetti di* *una precedente comunicazione non adeguata per quell’idealtipo di persona*.

La Medicina basata sull’evidenza (clinica e strumentale) (EBM), ha settorializzato le persone in spicchi sempre più piccoli ciascuno dei quali viene affidato al singolo specialista, che nella quasi totalità dei casi neanche comunica con l’altro specialista, e arrivando a conclusioni diagnostiche e terapeutiche spesso discordanti per non dire contrastanti tra di loro, ponendo in discussione l’identità-esperienza corporea del paziente fino a negarla. Questa concezione della Medicina, dilatandosi a dismisura, tende a rendere la malattia come un evento sempre più tecnico e spersonalizzante. Tuttavia le cose oggi non si svolgono del tutto esattamente così, anche perché lo stesso paziente, soprattutto quello “sgamato”, informato e informatizzato, comincia a far sentire la sua voce di “**esigente**”, innescando nel medico tutti quei meccanismi di difesa che ne snaturalizzano il ruolo e la funzione. Ecco perché è necessario un ripensamento anche dell’essere medico in funzione di una visione e di una rimodulazione più completa non solo del suo stesso ruolo che potremmo definire “tradizionale” (comunque in crisi) ma della funzione educativa (counseling) che deve avere nel saper insegnare a promuovere e soprattutto a gestire la salute del paziente-esigente. E perché no?, anche la sua.

Nel dolore, nella sofferenza, **nell’avere “male**”, vi è una componente fisica, emozionale, psicologica, personale, intimistica, familiare, sociale (più di una volta ho avuto persone che hanno rifiutato che chiamassi l’ambulanza per timore dell’opinione delle persone del paese, preferendo recarsi in ospedale con mezzo proprio, come se il dover mostrare di essere vulnerabili alla malattia in genere sia da considerare qualcosa di cui vergognarsi, anche se questo riguarda significativamente di più alcuni contesti antropologici simili al nostro Meridione). E tutto ciò innegabilmente costituisce una frattura, una lacerazione, che implica la necessità di un approccio personologico e non solo strettamente clinico.

Il medico, il buon medico, deve dare valore alla sofferenza con un atteggiamento empatico, soprattutto ascoltando la persona, che è quella che sente il dolore.

E come lo sente lei, non lo sente nessun altro, perché è il **SUO** dolore.

Quando visito una persona, le chiedo “Come sta, cosa sente?”, e non “ che malattia ha?,” e se per esempio mi dice “mi fa male la pancia in basso a dx “, per me che visito è “dolore colico di tipo spastico accentuato alla fossa iliaca dx con addome poco trattabile, no peristalsi, alvo chiuso a feci e gas, Blumberg positivo, iperpiressia= s. appendicopatìa”, ma di tutto ciò la paziente capisce solo che ha dolore, che probabilmente ha un’appendicite (e se non glielo spiego chiaramente neanche lo capisce perché non lo sa neanche cos’è la fossa iliaca destra …) , che deve andare in ospedale a fare alcuni esami di conferma; significa che sta male, e ha mille preoccupazioni, perché pensa a come farà a casa, a chi porterà i bambini a scuola , e se è un uomo, a come farà la moglie ad andare in ospedale perché magari non ha l’automobile, e come farà a lasciare il lavoro e per quanto tempo, perché magari è l’unica fonte di reddito per la famiglia. Se è una donna, pensa a chi terrà i bambini e come farà il marito che non è capace neanche di cucinarsi un piatto di pasta , e a tant’ altro …

Io medico dico “appendicite “, lui- o lei- paziente pensa a mille altre cose…

Il medico diagnostica il MALE, ovvero la MALATTIA, **la sofferenza invece, in tutte le sue modulazioni di** percezione, intensità, emozionalità, ripercussioni nelle sue relazioni col mondo – intimo, familiare, sociale, lavorativo – **è tutta del malato.**

I due mondi, quello del medico e quello del paziente, non solo sono diversi, ma troppo spesso distanti, ecco perché la medicina narrativa serve a unire; a co-costruire un significato comune al disagio e alla sofferenza .

Tratterò successivamente e ampiamente dei significati della Medicina Narrativa nella comunicazione medico-paziente, per adesso, però, voglio concludere con le parole di Giorgio Bert[[6]](#footnote-6): “L’esperienza che il malato ha della propria malattia è singolare e irripetibile. Il concetto di malattia che ha il medico è una descrizione statistica, che può venire espressa solo in termini di probabilità: la scienza infatti non fornisce certezze … Il decorso o la prognosi di una malattia, così come gli effetti dei farmaci o i rischi degli interventi, possono quindi essere comunicati solo in termini percentuali. Il problema che ogni medico ha è quello di tradurre dei dati di carattere statistico in informazioni riguardanti quello specifico paziente: in altri termini di passare dai grandi numeri al soggetto singolo. Il solo modo di far quadrare la malattia dei libri di testo (che è un concetto astratto e probabilistico) con quella che abbiamo definito la malattia come problema individuale è quello di esplorare l’universo di significati che costituisce il mondo dell’altro. Il mondo dell’altro ci viene rivelato attraverso la narrazione. L’esplorazione è un intervento di tipo antropologico mediante il quale ci si avventura con estrema delicatezza in un territorio ignoto, dove termini e concetti che potrebbero sembrare condivisi hanno invece significati profondamente diversi. Lo strumento specifico di questo intervento è la **NARRAZIONE** “-

***1.3c) La Medicina Psicosomatica: La malattia come messaggio delle emozioni[[7]](#footnote-7)***

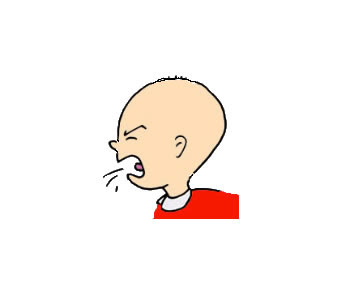
Non meno importante è il significato della malattia come messaggio delle emozioni e somatizzazione di un disagio su organi e apparati diversi a seconda dei vari idealtipi e del loro copione di personalità.

La *MEDICINA PSICOSOMATICA*, (fondata da uno psicoanalista di origine ungherese), considera la malattia come espressione di variabili che sono l’ereditarietà, le esperienze durante l’infanzia, l’educazione, i traumi subìti, il clima affettivo, in una interazione corpo-psiche che tiene contro dell’emozionalità nel determinismo di una malattia in un dato individuo, quindi nel contesto della sua storia personale, del suo vissuto psicologico, della sua vita affettiva. Perciò, se consideriamo alcuni organi con il loro linguaggio simbolico, possiamo descrivere particolarità psicologiche comuni all’asmatico, all’ulceroso, al cardiopatico, al paziente con eczema, orticaria, all’obeso, e così via.

In definitiva, secondo l’ottica della psicosomatica, la malattia esprime il linguaggio del corpo, ed il sintomo esprime il messaggio di un **disagio**, che va letto in base alla storia personale, familiare, ambientale.

La mente non risolve il conflitto e demanda al corpo un disagio, che a un certo punto viene **somatizzato** verso il sistema vegetativo, con disturbi della funzionalità degli organi.

Ad esempio, l’asma, che colpisce per lo più il soggetto AVARO **(ma anche chi vuole attenzione, come bene specificato più sotto, nonchè– senza trascurarlo! – chi potrebbe essere dentro un senso di colpa, simile a un RUMINANTE che si auto aggredisce, nell’ottica di impedirsi, da un punto di vista parasimpatico, un attacco verso l’esterno)** è da leggersi come paura di dare, nel senso che quando nasce il bambino**,** passa da una nutrizione e circolazione materna tramite cordone ombelicale ad una respirazione autonoma, i polmoni si espandono riempiendosi di aria, e inizia la vita, come metafora del respiro, che è una sequenza di atti ritmici che prevedono scambi tra interno ed esterno. Respirare significa inspirare, trattenendo all’interno la propria aria, dopo scambi tra ossigeno e anidride carbonica, ed espirare, cioè consegnare la propria aria all’esterno rielaborata.



Se analizziamo dal punto di vista prettamente organico l’attacco di asma bronchiale, esso è un broncospasmo conseguentemente al quale entra aria che però resta in parte intrappolata, non fuoriesce, in ostacolo alla fase espiratoria (è un paradosso: come la gastrite e l’ulcera: c’è comunque alla base un’attivazione più o meno elevata che invece di essere supportata dal sistema nervoso autonomo ortosimpatico – attacco o fuga, comunque azione! – è sostenuta dal sistema parasimpatico, tipico invece del riposo).

Simbolicamente, l’attacco di asma esprime un rapporto di ***conflitto*** col mondo esterno, visto come diverso, estraneo, quindi paura di entrare in contatto, paura di relazionarsi, in una tensione eccessiva che contiene e trattiene l’***aggressività*** fino all’attacco di “fame d’aria”: io non faccio uscire il mio respiro, ho paura dell’esterno e quindi lo controllo e nell’asma allergico rifiuto il contatto con l’esterno perchè lo avverto sporco, estraneo, fonte di paura e quindi ostile perché incontrollabile.

Alla luce del Modello **PREPOS**, è facile riconoscere nel soggetto asmatico la personalità dell’idealtipo Avaro, improntata sulla paura - controllo, verso cui il medico deve usare una comunicazione tranquillizzante**.**

*Mi sovviene, tra i miei ricordi, di un paziente asmatico con i tratti tipici dell’idealtipo del controllo (AVARO), evidente sia all’esterno nell’ordine meticoloso quasi maniacale dell’abitazione, sia internamente in un rigore di personalità improntata alla chiusura e alla rigidità relazionale, ma anche con caratteristiche da ADESIVO .. Ogni* *sera, appena iniziava il turno di lavoro, telefonava puntualmente alle 20 per sapere quale medico vi fosse, poiché vi era stato in passato un collega che, nell’applicargli una fleboclisi di aminomal in un tempo eccessivamente rapido, gli aveva causato malessere. Pertanto, il vecchietto, dopo essersi accertato che ero io di turno, dopo essersi tranquillizzato giacché io , in occasione di un episodio precedente, gli avevo fatto l’aminomal in vena con la necessaria lentezza e l’attacco si era risolto per il meglio senza reliquati , costantemente, aveva un episodio di dispnea notturna tutte le volte che io ero al lavoro in quel paese. ! Era un appuntamento fisso, che allora non riuscivo a spiegarmi (adesso, invece, alla luce della mia esperienza nel counseling, ne prendo consapevolezza), poiché, sfogliando il registro delle prestazioni sanitarie, avevo constatato che, durante le notti nelle quali io non ero al lavoro, stava bene e non aveva attacchi d’asma. Quindi, controllo – tranquillizzazione - somatizzazione-asma ….*

Nella patologia asmatica vi è però anche un aspetto legato alla DIPENDENZA (ADESIVO,come nell’esempio di cui sopra , in cui vi era anche un forte bisogno di rassicurazione e conferma da parte del vecchietto), cioè un bisogno di trattenere l’aria come nel grembo materno, per cui l’asmatico replica anche in famiglia questo copione di dipendenza - bisogno di accudimento , in un ambiente familiare opprimente ed adesivo.



Soprattutto nei bambini, che vissuti in un contesto familiare soffocante, hanno talora presentato aumento degli attacchi di asma dopo l’inizio della scolarizzazione, per l’interruzione del rapporto simbiotico con la figura materna.

A proposito dell’importanza della famiglia, voglio apportare il mio contributo personale nel ricordo *di tre miei piccoli ex pazienti (ex perché adesso si sono trasferiti in un altro paese), di età compresa tra i sei e i 9 anni, tutti e tre asmatici, la cui mamma era una persona rigida, opprimente, avara–invisibile secondo l’idealtipo Prepos - sempre col volto teso, chiuso, mai sorridente, mai rilassato, vestita in maniera anonima senza mai attirare l’attenzione, mai un gioiello o qualcosa di vistoso addosso, passo felpato, occhi bassi, sempre piena di vergogna; il marito, di fatto lavorava tutto il giorno ma incombeva con la sua presenza di controllore sulla famiglia: una famiglia AVARA- OPPRESSIVA secondo le tipologie familiari di Prepos. I bambini (che facevano regolare terapia cronica con broncodilatatori) erano in simbiosi con la madre, che li accudiva come se fossero neonati e impediva loro di uscire da casa, consentendogli addirittura di usare la bici in casa* *o di saltare con le scarpe su divani e letti: qualsiasi cosa pur di tenerli sotto controllo*. (anche qui il paradosso: nel momento in cui ci si deve attivare – funzione ortosimpatica – ci si comporta come se ci si dovesse riposare: funzione parasimpatica!)

Come riferisce il Prof. Masini, il modello TRANSTEORICO DI PREPOS pone al centro la persona nella sua unicità di identità, che però si riconosce “attraverso comportamenti, emozioni, sentimenti comuni a tutto il genere umano”, per cui una psico-medicina umanistica, in grado di mettere in rapporto l’aspetto costituzionale, genetico, della persona, con i suoi comportamenti secondo i copioni di personalità, può “prevenire specifiche predisposizioni ad ammalarsi” (Masini, 2004, pg 44); per tali motivi, come sintetizza la Dssa D.Troiani a pg. 4-5 delle dispense **Prepos** sulla somatizzazione del disagio, poiché anche nel Modello Prepos la malattia esprime un disagio che va a colpire organi bersaglio diversi a seconda del disagio e della personalità che vive tale disagio, occorre spostare l’attenzione dalla malattia al malato, dal sintomo alla persona.

Ad es., quando la persona vive il cambiamento in modo rigido, come pericolo e minaccia (AVARO) può andare incontro a patologie come la **DERMATITE ATOPICA** ( che può manifestarsi anche in persone con annullamento dell’aggressività e evitamento dello scontro in generale / INVISIBILE, o in persone con bisogno di aggrappamento – dipendenza a persone e ambiente/ ADESIVO).



La patologia ha genesi multifattoriale ( allergo-immunologica, predisposizione genetica, fattori ambientali ), ma spesso è scatenata e mantenuta da fattori psicogeni, potendosi avere una riesacerbazione dei sintomi sotto stress o conflitti (momentanei o in casi di riacutizzazione di vecchi conflitti) in personalità con struttura patologica ansiosa (AVARO), o aggressività autorivolta e passività (APATICO) La mamma dei tre bimbi di cui ho in precedenza parlato, che aveva i tratti di personalità di un avaro-invisibile, era affetta – a tal proposito - proprio da dermatite atopica!



Un altro esempio di disturbo somatizzato da un disagio è **l’IPERTENSIONE** **ARTERIOSA**, correlata all’idealtipo dell’Avaro e soprattutto Ruminante-represso: e ho avuto modo di constatare tutto ciò nel corso della mia attività lavorativa, cioè di come gli ipertesi tendano a tenere costantemente sotto controllo emozioni e sentimenti, non mostrando mai collera ,e non lasciandosi mai completamente andare neanche in corso di episodi di scoppi d’ira. E di esempi se ne potrebbero fare molti altri.



I disturbi gastroenterici? Il bruciore di stomaco ed esofago di **GASTRITI E ESOFAGITI** possono esprimere somatizzazione di un disagio dovuto alla difficoltà di digerire un evento (INVISIBILE=RABBIA INESPRESSA O SOPPRESSA), mentre la RABBIA ESASPERATA, espressa, che ritorna di fronte ad un evento o ad una situazione che ci vede impotenti, irritandoci, può somatizzare in un’ ULCERA ( RUMINANTE ) .



La STIPSI ? Può correlarsi al fatto di trattenersi (AVARO): sono persone chiuse, controllate, formali, gelose, che temono di non piacere, di disturbare, di essere criticate o rimproverate.



La DIARREA? al contrario, tipica di chi non riesce a trattenere la aggressività (RUMINANTE) e l’intestino diviene il bersaglio di questa aggressività che porta sensi di colpa, che vengono “eliminati” con gli attacchi di colite, che servono appunto a scaricare le tensioni a livello intestinale.



L’**EMICRANIA**? Sono soggetti che vivono una vita mentale altissima negando le esigenze del proprio corpo, vivendo in maniera razionale e logica, in conflitto tra la parte razionale che prevale e la parte emotiva che viene bloccata.



Nei bambini, l’emicrania è spesso tipica di “piccoli adulti”, paurosi, irritabili, ordinati, sensibili, con genitori rigidi che ne apprezzano solo l’impegno scolastico per cui il bambino deve dimostrare costantemente responsabilità e impegno (e stranamente, durante le vacanze, quasi sempre gli episodi di dolore scompaiono, perché non c’è niente da dimostrare..).

E la **PSORIASI**? Una corazza per isolarsi dal mondo, in un copione personologico di INVISIBILE - ADESIVO: sono persone ipersensibili che si sentono obbligate a soddisfare le aspettative degli altri, hanno paura di essere ferite ma contemporaneamente una grande bisogno di essere amati.



E a malattie e sintomi psicosomatici storici ( IPERTENSIONE, ASMA, COLITE ULCEROSA, ULCERA GASTRICA; ECZEMA), se ne vanno, via via, aggiungendo molte altre: bulimia, anoressia, gastrite, colon irritabile, tachicardie, cefalea muscolo-tensiva, patologie tiroidee, malattie autoimmuni (LES; AR, SCLERODERMIA), fibromialgia, Cardiopatia Ischemica Cronica.

RACCONTO DI UN’ESPERIENZA PERSONALE. In un paese di cui non ricordo il nome *, circa 10 anni fa, è morto un ragazzo di 16 anni a causa di un osteosarcoma, e ricordo di aver sperato che non toccasse a me fare la constatazione di decesso perché non avrei saputo come avvicinarmi, se non con doloroso rispetto, alla sofferenza atroce* *di quella famiglia. La mamma di questo ragazzo, dopo la morte del figlio, iniziò a venire spesso da me in ambulatorio, anche per pochi minuti, e una volta mi confidò che in paese tutti la guardavano con malcelata ostilità, come se fosse una cattiva madre perché non piangeva, non si disperava in pubblico, non esternava il suo dolore.*

*Mi raccontò che in realtà era come se fosse morta lo stesso giorno in cui era morto il figlio, quel ragazzino che, quando la vedeva piangere, le infondeva conforto e coraggio, più che riceverlo lui stesso. La signora non imprecava , non urlava, non rinfacciava a Dio la sua sofferenza, e un giorno mi disse “Io lo so che ho altri figli, ed è per loro che devo sopravvivere, ma non ce la faccio. La sera, quando sono sola, nella mia stanza, e prego , recito il rosario per il mio G., e gli chiedo di venire a prendermi presto, perché non voglio più vivere. Non voglio. Io non mi rassegno e non mi rassegnerò mai .”*

*Non fui capace di dirle niente, perché ogni parola sarebbe risultata vuota e superflua. Riuscii solo a guardarla negli occhi ….Dopo circa un anno, la signora morì all’improvviso e l’esame autoptico mostrò la dissecazione* di un *aneurisma dell’arco aortico. Ho sempre pensato che qualcuno lassù avesse l’avesse ascoltata, e che- al di là di tutte le spiegazioni razionalmente scientifiche sulla genesi della sua patologia (era ipertesa e forte fumatrice ) -il dolore le avesse “spezzato il cuore “- Non ho potuto fare nulla per quella mamma se non , per una manciata di minuti ogni tanto, condividere e lenire una pena così grande e devastante, tenendo presente che era il suo dolore: nient’altro che condividere, con compassione e umanità, la fiducia che lei aveva riposto in me aprendomi la sua anima.*

*Muri arrugginiti*

*di lacrime ferite*

*bruciano*

*i segni del tempo*

*in ricami trasparenti*

*di granito.*

*Nessun, nessun diritto*

*al sole*

*sotto un cielo*

*di dolore,*

*che danza*

*piccole grosse gocce*

*su strazi*

*di povera umanità*

*di pietra,*

*impotente e stupìta*

*di fronte a tanto male.*

***1.3.d) Sickness :ruolo sociale della malattia.***

La malattia in fondo,come dice l’antopologo Mark Augè, è un paradosso perché “ è allo stesso tempo il più individuale ed il più sociale degli eventi “e“ il paradosso sta nella sua natura al contempo individuale e sociale, che la trasforma da esperienza apparentemente naturale in costruzione culturale”[[8]](#footnote-8)

Perchè sociale? Sarebbe limitativo trattare la malattia , infatti , solo dal punto di vista prettamente patologico e da quello individuale , e poiché –come dice Young, essa viene investita di significati socialmente riconoscibili , cioè convertiti in sintomi e significati socialmente significativi , ecco che sickness diviene la base sia della disease che della illness , cioè, come dice Giarelli in “sociologia della salute e della medicina )( pg 235 ) la patologia e l’esperienza di essa vengono socializzate, , e “una stessa sickness porta a differenti illness e a diverse cure a seconda della particolare posizione sociale ed economica del malato. Da una parte la sickness riguarda quindi le diverse modalità con cui il sistema societario riconosce , o meno , una determinata esperienza di illness come malattia, la rappresenta, la interpreta, la stigmatizza o meno , le attribuisce determinati diritti , doveri e ruoli sociali. Dall’altro , la sickness modella le pratiche mediche sulla base delle relazioni di potere e di status di una determinata società , e ne stabilisce le prerogative ed i confini giurisdizionali.[[9]](#footnote-9)

Lo stesso autore sottolinea , poi , che la triade Illness -Desease. -Sickness non è data da tre diverse entità che si integrano bensì da **tre diverse** **modalità di considerare la malattia** , per cui gli operatori sanitari dovrebbero tener conto del fatto che la stessa **società li condiziona** , e che **tali condizionamenti** sono **diversi a seconda delle culture e dei tempi** , nel senso che ciò che in una data cultura è considerato normale può non esserlo in un’ altra ; inoltre , una società che si evolve attribuisce al ruolo del malato nuovi diritti, sociali ed economici ad esempio l’ esenzione dal lavoro , nonché la possibilità si accedere ai servizi sanitari , in misura più o meno diversa (**sickness).**

In definitiva , poiché la malattia è qualcosa di interesse universale , che colpisce tutti , ogni società ha sviluppato delle modalità , dei livelli , dei ruoli di assistenza , allo scopo di dare una risposta alla malattia stessa, risposta compatibile con le risorse e le strutture di cui è in possesso: ad esempio, in alcune religioni vi è un atteggiamento magico (spiriti , divinità, oggetti provvisti di poteri particolari), mentre con l’affermarsi dell’industrializzazione si è andato via via accentuando l’interesse della collettività sociale sulle patologie legate prettamente all’ambiente lavorativo.

Quindi come scrive il sociologo Roccoanto([www.docenti.unina.it/download](http://www.docenti.unina.it/download) Pub, “disease, illness e sickness: le dimensioni della malattia” ), la persona si sente male (ill), il medico ne certifica la disease ,la società gli conferisce l’etichetta di malato (sick) , per cui l’illness gli permette di dare un senso al proprio malessere , la disease gli permette l’accesso alle cure mediche, la sickness lo libera dalle incombenze lavorative e gli dà diritto eventualmente ad un aiuto economico.[[10]](#footnote-10)

Sempre secondo A. Maturo , ( manuale pg 109 , 2005 ) dalla combinazione delle tre dimensioni di disease, illness, sickness, si possono ( a parte il caso “ ideale “in cui tutte e tre sono presenti ) , avere sei diverse combinazioni :

1) Disease+ Illness: malattia non riconosciuta dal sociale sociale: raffreddore, carie );

2) Disease+ Sickness: malattia riconosciuta dalla scienza e dalla società, però asintomatica per cui la persona , almeno inizialmente , non avverte malessere (es. cancro in fase iniziale );

3) Illness+ Sickness: il soggetto sta male , la società glielo riconosce , ma la scienza medica non può dimostrarlo (es colpo di frusta , mal di testa);

4) solo Disease : ipertensione , ipercolesterolemia;

5)Solo Illness: ansia ,malinconia , ipocondria

6)Solo Sickness: omosessualità in alcune società , sovrappeso.

**CAPITOLO II**

**COSA VUOL DIRE PER ME ESSERE MEDICO NEL COUNSELING : AUTOBIOGRAFIA DI UNA SCELTA**

***2.1 Cominciare da se stessi***

Secondo me, medico è il professionista – persona che cura il paziente persona nella sua integrità, tenendone cioè presente fattori fisici, psichici, sociali, culturali, sulla base di un rapporto di fiducia e conoscenza reciproche. La mia è stata una scelta maturata con una attenzione particolare più verso l’aspetto clinico, l’interesse e la passione per le varie discipline, e la curiosità scientifica, almeno in un primo periodo, oltre il quale (attraverso un itinerario interiore di presa di coscienza che l’università di certo non mi ha offerto) ho dovuto entrare in relazione, oltre che con la malattia, con il malato persona.

Perciò il rispetto per il malato, la sua vita e il suo mondo, il dare sollievo, il lenire la sofferenza, mi hanno progressivamente fatto giungere al contatto più vero e consapevole con la parte più profondamente umana di me, e quindi anche dell’altro, bisognevole di sostegno e aiuto. Infatti agli studenti di medicina all’inizio l’approccio allo studio delle varie patologie evoca angoscia giacché il paziente appare, nei libri di testo, come una figura di mera astrazione, e soltanto successivamente, allorquando si confrontano col paziente “vero”, in carne ed ossa, essi iniziano ad avvicinarsi a dei vissuti concreti, che serviranno ad affrontare, col giusto equilibrio, problemi più profondi, legati alla consapevolezza della malattia intesa come disabilità psicofisica - con ovvie ripercussioni anche nel sociale e nelle relazioni umane - in un approccio olistico, ossia globale. Da piccola invero ero così fortemente animata da slanci idealistici di amore verso i più deboli e bisognosi (madre cattolica iper-praticante che andava a messa tutti i giorni, portandoci anche me, per cui praticamente era come se io vivessi in chiesa!) da aver pensato addirittura di voler diventare missionaria, ma evidentemente non era un proposito così fortemente radicato -

Invece, vi fu un episodio, a mio parere estremamente significativo, che forse costituì (o perlomeno fu una concausa importante) la base, a livello inizialmente non consapevole, per la mia futura decisione di diventare medico-persona. In seconda o terza media (non ricordo), fui scelta da un’insegnante per leggere un discorso preparato in occasione della visita pastorale del vescovo della città in cui vivo, e questi mi interruppe con parole sagge, che successivamente ho considerato come un vero dono prezioso. Il vescovo mi disse: ”Ragazzina, non c’è bisogno di grandi ideali. Non pensare di voler cambiare il mondo. Non occorre andare così lontano. Prima, pensa alle piccole cose, pensa a cambiare il TUO piccolo mondo e a dare un significato a tutte quelle cose e a quei valori che fanno parte del tuo quotidiano. COMINCIA DA TE”. Sono state queste parole che mi hanno accompagnato, in tutti questi anni, nel mio impegno di medico-persona.

***2.2******Perché ho deciso di fare questo lavoro***

Personalmente ho avuto la netta sensazione, appena terminata l’Università, che la delusione delle mie aspettative iniziali fosse dovuta in gran parte alle caratteristiche stesse dell’impostazione del percorso universitario: un percorso che da un lato esasperava la dicotomia docente-studente (l’uno in posizione di supremazia e l’altro di inferiorità, con un’immagine di insegnante per nulla proiettato verso lo studente, in una visione settoriale a carattere statico), ma anche un percorso che, d’altro canto, si scorporava completamente nella sua rigidità dal rapporto concreto col paziente in quanto persona.

Durante il periodo di studi universitari oscillavo tra un modello scientifico tecnologico e uno più prettamente antropologico con importanti connotati idealistici; tuttavia, nel confronto con i miei stessi compagni di corso, mi sentivo diversa dalla maggior parte di loro perché mi riconoscevo ansie, paure, dubbi, partecipazione al dolore che molti di essi sembravano non possedere.

*Ricordo, tra gli altri, un ragazzo pugliese denominato IBM come il nome di un PC, dotato di memoria prodigiosa, da Pico della Mirandola, in grado di preparare esami in tempi ridottissimi: un coacervo di bravura tecnico nozionistica che però, strano a dirsi, mi causava una inquietante sensazione di angoscia, perché a me non sembrava umano, strutturato in un percorso rigido, anestetizzato nei sentimenti e nelle emozioni. Lo chiamavano IBM, e questo nome, di cui era a conoscenza, lo riempiva di orgoglio. Una volta entrammo in ascensore insieme, il discorso finì sulla materia che stava preparando e lui, in un deliro di narcisismo, si compiacque del fatto che ci avrebbe impiegato, come al solito, pochissimo tempo per il solito 30 e lode perché lui era IBM. Lo guardai praticamente in estasi, con ammirazione sconfinata, e lui se ne uscì dall’ascensore, tutto impettito, come un pavone che fa la ruota. Adesso, a distanza di oltre 30 anni, credo che se lo incontrassi ,alla luce del mio attuale bagaglio di esperienza e del mio percorso nel* counseling, avrei una reazione ben *diversa*: adesso che ho imparato a dare un nome al sottile disagio che provavo davanti a lui, disagio dovuto alla consapevolezza che possedere un bagaglio di sole competenze tecniche, se non impara ad associarsi all’approccio relazionale con l’altro, non è che espressione di disumanità.

Disumanità nel senso dell’essere sprovvisti di quella umanità e di quella partecipazione che completa ed arricchisce il rapporto con l’altro, che non è la proiezione di sé stesso , ma essere autonomo con propria identità e propri bisogni e aspettative.

E questa **disumanizzazione** è tanto più grave quanto più coinvolge la figura che per eccellenza incarna la relazione di aiuto, cioè quella del medico. In vero, già durante il tirocinio pre-laurea avevo iniziato a rendermi conto che la formazione meramente accademica era carente per quanto concerneva l’aspetto relazionale col paziente, e lo stesso modus operandi sbrigativo e distaccato lo trovai nel pronto soccorso della mia città nel periodo del volontariato post- laurea, con rapporti frettolosi, equivoci, spesso dettati da condizioni di effettiva reale urgenza clinica ma comunque poveri dal punto di vista relazionale, con un medico da una parte che rivestiva il suo ruolo scisso dalla capacità di fare i conti con i propri limiti e la propria umanità. Mi sembrava di essere spettatore inerme, ancora non ben consapevole, di una catena di montaggio in cui mancava il tempo e il desiderio, inteso come bisogno profondo, di creare spazi di riflessione con l’altro.

*Con l’altro, ma , prima di tutto, con il sé profondo : perché non ci si può prendere cura dell’altro se prima non ci si prende cura di sè stesso e dei propri vissuti, come non si può concretamente fornire aiuto nella sofferenza se prima non si elabora, analizza, accetta ed accoglie la propria sofferenza.*

***2.3 Dai miei modelli di medico alla figura del medico-counselor***

Ho sempre avuto ben chiaro, dentro di me, il modello classico del medico di fiducia, del medico della persona, del medico di famiglia, come quello del mio vecchio dottore che veniva a casa nostra pochissime volte all’anno (perché allora il dottore si chiamava solo in casi di effettivo bisogno, mentre adesso posso constatare, nel corso della mia attività lavorativa, che da un pò di anni a questa parte, i pazienti chiamano per motivi diversi, con un bisogno di rassicurazione e di spegnimento dell’ansia, anche a distanza di poche ore, per 3-4-5- volte nel corso della stessa notte..). Ai miei tempi, quando c’era la visita del dottore, che era sempre disponibile e a qualunque ora, si seguiva una sorta di rito: mia madre preparava asciugamano pulito e saponetta nuova, lui entrava, faceva la visita medica, dava uno sguardo ai miei giornalini, mi chiedeva come andassi a scuola; poi andava in cucina a prendersi il caffè (rigorosamente servito nelle tazzine del “servizio buono”)e scambiava quattro chiacchiere con mio padre. Il nostro buon dottore, in pratica, era una presenza familiare, rassicurante. Ricordo che un giorno - era il periodo natalizio - si soffermò ad ammirare il presepe, fece mettere a mia mamma un po’ di fiocchetti di ovatta qua e là, perché le montagne sembrassero innevate e poi si mise da lontano a studiare, sornione, l’effetto che faceva tutto quel bianco …



**ED OGGI?** Come riporta Vittorio Sirone, (Professore di Storia della Medicina e della Sanità e Direttore del “Centro Studi della storia del Pensiero biomedico/Università Bicocca di Milano, ) nel suo scritto “la tradizione storica della figura del medico di medicina generale in Italia” , “OGGI la medicina è profondamente mutata, assumendo connotati sociali e tecnologici, **con l’inserimento di aspetti che ben poco hanno a che fare con il ruolo del medico.** Gli interventi di economia, i supporti manageriali nella sanità , l’ottimizzazione dei costi, la riduzione delle risorse \_\_\_in rapporto al riscontro sia di un invecchiamento generale della popolazione con comparsa di nuove patologie (infettive, ambientali, ecc.) e sia di problematiche nuove (deontologiche ed etiche) correlate alla privacy, al consenso, all‘informazione sempre più globalizzata\_\_ contribuiscono, rinforzando le aspettative a volte al di là dell’impensabile, ad aumentare la **frattura** tra paziente e medico.” .Ecco perché AUGURO A ME STESSA E A TUTTI che vi possa essere “**RECUPERO** fondato e consapevole della ***VECCHIA DIMENSIONE ANTROPOLOGICA DEL MESTIERE DI MEDICO “,*** in un cambiamento che sia un’opportunità, con riduzione del lato burocratico e dell’eccesso di interventismo, a favore di un ridisegno del proprio ruolo e di una ripresa di CONTATTO con la propria consapevolezza … Ciò allo scopo di proporre una medicina più umana, non difensiva ma curativa, ossìa mirata al benessere.

Cura infatti, non è solo TERAPIA del malato, ma è anche PRENDERSENE

CURA, DAL LATO SANITARIO E DAL LATO UMANO..

***2.4 Cosa ha significato per me, nella vita e nel lavoro, l’approccio al******Counseling?***

Ha significato la consapevolezza del bisogno profondo di avere relazioni appaganti, affini attraverso l’accettazione del **cambiamento**, svuotandomi dei vecchi copioni . Un anonimo ha scritto: “*Non sappiamo se cambiando si migliora, ma sappiamo che per migliorare* *bisogna cambiare*”. Tutti noi andiamo incontro, nel corso della vita, a vari eventi alcuni dei quali ci obbligano, nostro malgrado, a un a cambiamento non desiderato, o altri ci fanno desiderare un cambiamento che però non arriva . Ecco perché, attraverso un lavoro di presa di coscienza di una moltitudine di fattori, tutti egualmente significativi, ossìa del punto dal quale partiamo, dei meccanismi che usiamo per difenderci dalla sofferenza, dei limiti che ci riconosciamo, della capacità di accettare – o non accettare – i cambiamenti, possiamo spostarci dai copioni relazionali disgreganti e andare verso relazioni soddisfacenti. **Darwin,** famosissimo padre della teoria evoluzionistica, diceva che coloro che nella specie riescono a sopravvivere non sono né gli esemplari più forti e né i più intelligenti, ma quelli che meglio **si adattano**.

Dal punto di vista personale , il **COUNSELING** mi ha fatto comprendere, a livello di consapevolezza, che, per oltrepassare i copioni cristallizzati di personalità, fonte di disagio, non si può non cambiare, e che cambiare è l’unica certezza della vita, giacché nulla rimane identico a se stesso, ma tutto muta e si trasforma, in natura come nell’uomo. Lo stesso vivere significa cambiare a livello organico (le cellule ematiche hanno vita limitata e si rinnovano; la pelle si modifica ; il tessuto osseo si rimodella continuamente tra l’azione osteoclastica distruttiva e quella osteoblastica costruttiva; a livello cerebrale gli stessi neuroni vanno incontro a nuove connessioni sinaptiche, ecc); a livello biologico (per il mantenimento dei delicati meccanismi omeostatici corporei), a livello comportamentale (nessuno nasce sapendo parlare o camminare, cose che piano piano impariamo a fare dopo sforzi e tentativi). San Francesco diceva: Che Dio mi conceda la serenità di accettare le cose che non posso cambiare, il coraggio di cambiare quelle che posso cambiare e il dono di capirne la differenza “.

E DAL PUNTO DI VISTA MEDICO? **COUNSELING** deriva da **CONSULO-ERE** ( CUM = con, sollere = sollevare, alzare ), cioé aiuto a sollevarsi, in una relazione in cui ambedue, medico e paziente, sono coinvolti, in quella che é la relazione di aiuto per eccellenza., in cui il primo passo è comunicare, usando lo stesso linguaggio. Dal punto di vista meramente comunicativo, essere medico è diventato quasi una tragedia. A ognuno il suo posto e il suo ruolo. La società intesa come istituzione sta a lavorare per delegittimare il ruolo del medico. Altre spinte si hanno dalle istanze – legittime, perché no? \_ di altre professioni che vorrebbero essere considerate alla stessa stregua del medico. E dunque altre delegittimazioni, altri scadimenti di autorità.

Ciò che col termine americano oggi si indica come **COUNSELING** in realtà era la modalità normale dei medici dell’area latina, mediterranea in particolare. Il medico italiano\_ siciliano, calabrese, padano\_ era una persona di riferimento vero per tutti, nel bene e nel male. Non aveva orari, era sempre a disposizione, per missione e umanità. Era colui il quale, depositario di una tradizione e di una cultura che affondava le proprie radici nella notte dei tempi, - quella contadina o comunque extraurbana - aveva il ruolo, ed era sostenuto dalla sua comunità, in questo, di prendersi cura, o di avere cura, secondo l’accezione di Heidegger, di ogni singola persona afferente al suo servizio e alla sua professione e ognuno con la sua storia, i suoi drammi, le sue gioie, la sua capacità di condividere, il suo egoismo.

E tuttavia, anche la capacità di intervento reale, da un punto di vista diagnostico e terapeutico, non era affatto limitata dalla scarsa conoscenza “scientifica”, anzi poteva considerarsi, entro certi limiti, un pregio, poiché la qualità della vita non è aumentata grazie al progresso della medicina scientifica, ma grazie all’opera di educazione di alcuni medici pionieri che hanno capito come le condizioni igienicosanitarie, la possibilità di accedere al bene primario dell’acqua, le cambiate condizioni ambientali che garantiscono la pace, (almeno in occidente, per quanto varie forze destabilizzanti agiscano potentemente in tale direzione ) abbiano radicalmente aumentato le aspettative di vita, in senso qualitativo e quantitativo, dando alle persone più opportunità di dedicarsi ad altro che non fosse il mero lavoro per la mera sopravvivenza.

Subito bisogna precisare una cosa: COUNSELING MEDICO non va inteso nel nostro contesto come una mera possibilità di migliorare la comunicazione, e quindi il rapporto medico - paziente. E′ molto di più: **E′ UNA RELAZIONE SPECIALE in cui LA PERSONA MEDICO INCONTRA LA PERSONA PAZIENTE**, coi suoi vissuti, le sue convinzioni, le sue credenze, le sue aspettative, e soprattutto la sua idea di MALATTIA E MEDICINA.

La **MEDICINA NARRATIVA** è un altro “ luogo “entro cui gli americani, Rita Charon in testa, riflettono sul valore intrinseco della cosiddetta medicina scientifica, altrimenti detta DISEASE. Però anche queste modalità, che mettono in primo piano la comunicazione, in realtà hanno sempre avuto nella tradizione latina una grande espressività, tanto da essere considerata la medicina umanistica per eccellenza: ascoltare, empatizzare, orientare, rassicurare, consolare, comprendere, saper ”contestualizzare il malessere” all’interno di una rete molto più complessa di relazioni più o meno efficaci, voler bene, accogliere e sentirsi accolti e parecchio altro, sono tutte funzioni di umanità che permettono al medico di valorizzare il vissuto dell’altro, e all’altro di riconoscere il medico come risorsa.

**CAPITOLO III**

**RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE NELLA STORIA**

***3.1******Dagli albori al secolo scorso***

La pratica della medicina è sorta da una riflessione su una realtà costituita dalla malattia, che colpisce l’essere umano causandogli sofferenza e ne interrompe l’esistenza in modo non controllabile e non prevedibile. Inizialmente agli albori dei tempi vi era una modalità di fondo nel rapporto tra il guaritore –stregone e malattia, per cui se sopraggiungeva la morte, alla colpa dello stregone si associava il riconoscimento di forze estranee non controllabili.

Successivamente, grazie alla possibilità di riprodurre i risultati di un processo cognitivo in modo empirico, si venne maturando il concetto di *Scienza Medica*, per cui la medicina riuscì in Grecia ad affrancarsi dal concetto di magia per organizzarsi in scuole che condividevano una serie di informazioni ,che venivano poi trasmesse dal capo ai discepoli . Prima di Ippocrate (medico greco vissuto tra il 430 e il 370 a. c. ) la realtà per i greci era dominata dal **caso**, che costituiva un elemento fonte inevitabile di angoscia, sicché si avvertì l’esigenza di contrapporgli, nella mitologia ( allo scopo di equilibrare il caso ), una divinità dal nome **ANANCHE**, che consentiva , attraverso il superamento del senso di incertezza, di ansia e precarietà dell’esistenza, di attribuire un senso sia alla vita che alla morte.[[11]](#footnote-11)

(..)Ippocrate introdusse un nuovo concetto: quello di salute nel senso di equilibrio corpo-psiche, conservato grazie alla forza vitale dell’individuo (Phys), per cui, sulla base di Philìa (Amicizia) ed Agapè (Affetto x il malato), il **BUON MEDICO (Iatròs Agatòs)** era considerato colui che possedeva sia la **tecnofilìa**, ossìa l’amore per l’arte medica (ovviamente,il concetto di arte, cioé tecne, per gli antichi greci era ben diverso da quello attuale, esteta, riferendosi ad una teoria che si avvaleva di una corrispettiva pratica) e sia la **filantropìa** , ossia l’amore per l’uomo-

Secondo l’antica medicina ippocratea , il corpo è sede di 4 umori vitali[[12]](#footnote-12): sangue, bile gialla, bile nera e flegma (umore freddo proveniente dal cervello), e a seconda che prevalessero l’uno o l’altro si potevano distinguere 4 temperamenti:

**a)** temperamento sanguigno (persona vivace, attiva, allegra disinvolta nel camminare, calda nell’eloquio, aperta nello sguardo, esuberante, risoluta);

**b)** temperamento collerico (persona energica, irritabile, muscolatura tirata e portamento energico, viso teso, sguardo fisso, eloquio fluente e sintetico a voce alta, umore litigioso e collerico , sempre nervoso , con predilezione del movimento ai sentimenti) ;

**c)** temperamento malinconico (persona immersa nei sentimenti con repressione del movimento, sognatrice, pensierosa, ricercatrice di solitudine, lenta nel camminare e monotona nell’eloquio, sguardo triste, viso senza colore, bocca atteggiata in smorfia amara);

**d)** temperamento flemmmatico ( persona lenta, pesante nel movimento, sguardo inespressivo, eloquio lento tranquillo, atteggiamento calmo , indifferente, passivo).

Secondo Aristotele, figlio del medico Nicomaco, il medico, che detiene il sapere e le capacità tecniche, inizialmente si pone in una posizione di diseguaglianza rispetto al paziente, che si trova in posizione di dipendenza; tuttavia, il rapporto viene posto in equilibrio attraverso lo sforzo comune di mantenere la salute, sulla base del fatto che esiste un bene comune condiviso, che è la conservazione della vita, grazie a cui il medico –per i suoi doveri di garantire una cura adeguata –si adatta ed incontra l’altro, attraverso il dialogo professionale e l**’UMANITA′** .

Successivamente, nel **MEDIOEVO** nasce il concetto di **INFIRMITAS ,** cioè sofferenza, che riproduce le sofferenze di Cristo in croce, conducendo alla guarigione dell’anima, Cristo che per la salvezza dell’uomo prende su di sé la sofferenza stessa. Pertanto il malato, attraverso il disfacimento del corpo, testimoniava la presenza di **colpa** di cui la malattia diventava manifestazione, e contemporaneamente, tramite la malattia e il dolore, vi era il **riscatto** per la salvezza dell’anima.[[13]](#footnote-13)

Tuttavia si deve aspettare dopo l’anno 1000, con il **RINASCIMENTO**

(Teofrasto Paracelso e Andrea Vessalio), per una figura di medico concepita in modo differente, con la nascita della **FISIOPATOLOGIA,** per la quale la malattia è causata da modificazioni della normale fisiologia del corpo, e la terapia al riconoscimento di tali modificazioni con messa in atto di adeguate misure.

Oggi la situazione appare molto più complessa grazie alla comprensione dell’eziopatogenesi delle malattie, alle conoscenze dei meccanismi genetico-molecolari che vi sono alla base, ai progressi nelle indagini diagnostiche e nelle terapie, il tutto sempre allo scopo di preservare e migliorare la salute fisica e psichica della persona.

Negli ultimi 50 anni del secolo scorso, vengono effettuate varie analisi del rapporto medico-paziente, che pongono il nucleo nell’umanità della relazione.

Sartre, ad es, parte dall’analisi del rapporto tra **io** e l’**altro**, asserendo che l’IO-come l’ALTRO- si può porre continuamente in condizione di essere **soggetto** ed **oggetto**: quindi estendendo questa assenza di ruoli fissi ( tipica dei rapporti umani ) anche a quello tra medico e paziente, conclude che SE il medico rimane cristallizzato e fisso nella propria SOGGETTIVITA′, e considera il paziente come un OGGETTO di studio ed intervento, CAUSA UN’ALTERAZIONE GRAVE DI QUESTO RAPPORTO, con conseguente DISUMANIZZAZIONE E COMPROMISSIONE DELLA COMUNICAZIONE-

Quindi cattivo medico è colui che si pone ad essere il SOGGETTO che CURA un OGGETTO-ORGANO-APPARATO.[[14]](#footnote-14)

Invece, dice Sartre, il buon medico deve essere alternativamente SOGGETTO e OGGETTO, soggetto perché portatore di conoscenze tecniche che gli consentono una valutazione diagnostica e degli interventi terapeutici, ma deve essere anche oggetto perché deve essere valutato dal paziente come affidabile e degno, o meno, di fiducia. Così il rapporto diventa **DINAMICO** e **CONSENTE l’ALLEANZA TERAPEUTICA** , di basilare importanza per il processo di guarigione.

Il concetto di Sartre viene poi ripreso da b) **Hollender** nel 1956 (Hollender M.H. ”The Psicology of Medical Practice, 1958) che differenzia un rapporto medico-paziente tipico degli interventi di urgenza (es. il coma) , in cui il medico è attivo ed il paziente passivo, da un rapporto di mutua collaborazione, tipico, invece, di tutti quei casi in cui il paziente può, attraverso la modificazione di un proprio stile di vita o comunque aderendo alle misure terapeutiche prescrittegli, intervenire attivamente nel proprio percorso di guarigione e/o , comunque di cura.

c)Secondo lo psichiatra tedesco **V.E.Von Gebsattel**, invece, occorre distinguere tra una prima fase (APPELLO) in cui il medico si approccia al paziente, una seconda fase (OBIETTIVA) in cui il medico considera e valuta il paziente come oggetto di studio, quindi come caso clinico, distaccandosene, e un’ultima fase (PERSONALIZZAZIONE), che segue alla diagnosi e terapia, in cui il paziente viene considerato anche persona.

***3.2 Ruolo del medico nella società attuale e il consenso informato***

Al vecchio concetto di medicina del passato basata sull’esperienza e sull’osservazione di pochi, si è andata contrapponendo la più recente EBM (medicina basata sull’evidenza) con linee guida per le varie patologie e per i comportamenti del medici ( grandi trials randomizzati per verificare l’efficacia delle terapie e per la valutazione di altri fattori quali morbilità, mortalità, outcome come del paziente, ecc).[[15]](#footnote-15)

Verso la metà del secolo scorso, il sociologo americano Talcott Parson (“Il sistema Sociale”, Torino 1995; ”La struttura dell’azione sociale”, Bologna 1987 ) ha introdotto nel rapporto medico-paziente un elemento nuovo, cioè il **RUOLO SOCIALE** del paziente PER IL BENESSERE DELLA COLLETTIVITA′, per cui la malattia viene riconosciuta dalla collettività solo se verificata dal medico (ORGANO DIRETTO DI LEGITTIMAZIONE). In definitiva, il malato è esentato dal proprio ruolo sociale se certificato dal medico, deve accettarne l’aiuto, deve aderire ad un OBBLIGO SOCIALE A VOLER STARE BENE: la persona malata è consapevole di essere diversa rispetto al contesto sociale, per cui tale consapevolezza lo spinge all’omologazione ed al desiderio di guarire ed essere come gli altri. Quindi, onde evitare il proliferare di figure diverse al di fuori del controllo istituzionale esercitato dalla società, si viene a creare - all’interno di essa – un rapporto medico-paziente di FIDUCIA ( CONTROLLO SOCIALE DELLA MALATTIA), conseguentemente al quale , partendo dalla premessa del riconoscimento del ruolo del medico COME RUOLO SOCIALE in FUNZIONE DEL BENESSERE DELLA COLLETTIVITA′, la professione medica stesa viene investita di una serie di VINCOLI, ASPETTATIVE, DOVERI.

Il medico, che deve agire secondo **SCIENZA E COSCIENZA**, ad es., può venire a conoscenza, entro i vincoli del segreto professionale, di aspetti intimi del paziente che non deve divulgare ad alcuno, e , se ciò è necessario per il benessere del paziente, sottoporlo a intervento chirurgico, per cui, considerato che la malattie sono eventi estremamente complessi non sempre rispondenti a paradigmi fissi in termini di evoluzione e prognosi, è comunque valido, per il medico, il principio di dover agire nel miglior modo e nell’interesse del paziente, con PERIZIA, CURA e DILIGENZA.[[16]](#footnote-16)

***3.2 a) Consenso informato (modello etico. contrattuale)***

Si giunge quindi, nella relazione tra professionista sanitario e malato, al graduale cambiamento da una vecchia condizione etica che si basava sul **PATERNALISMO** (obbligo di agire per il bene del paziente senza provocargli danno ma nel contempo senza che fosse necessario chiederne il consenso) ad un progresso scientifico così avanzato (tecniche di riproduzione assistita, trapianti di organo, ecc.) da far sì che il paziente rivendicasse, per il mantenimento e la cura della propria salute, una sempre maggiore autonomia decisionale.

Si deve alla **CARTA DEI DIRITTI DEL** **MALATO** (Patent Bill of Rights) da parte dell’American Hospital Association, nel 1973, il riconoscimento formale del RISPETTO DELL’AUTONOMIA DECISIONALE DEL PAZIENTE ATTRAVERSO IL **CONSENSO INFORMATO**. In definitiva il paziente ha diritto ad essere adeguatamente informato – con gli ovvi limiti riconducibili alle competenze che dovrebbe possedere per poter fornire il consenso e comprendere appieno le informazioni fornitegli—prima di acconsentire a sottoporsi a terapia medica o atti diagnostico-interventistici sulla sua persona: informato sui rischi, benefìci, tecniche impiegate, alternative eventuali, in tempo reale ( ossia informazione e consenso devono essere prossimi all’atto medico).

In tal modo, la relazione diventa *SIMMETRICA , TRA DUE CONTRAENTI UGUALI E AUTONOMI* , che sottoscrivono un patto, un contratto: e la libertà del paziente nel fornire il suo assenso si basa non solo su aspetti scientifici ma anche etici., ad es il paziente può scegliere se sottoporsi a terapia salvavita ma invalidante perché è solo lui che deve valutare se prolungare la sua sopravvivenza sia conciliabile con una qualità di vita accettabile o meno (ad es. in caso di intervento di amputazione di arto), così come può accadere che il medico , come nell’interruzione volontaria di gravidanza, rifiuti di prestare la sua opera perché obiettore di coscienza.

L’autonomia decisionale della persona è sancita dall’art 32 della costituzione italiana e dal codice di deontologia medica.

L’art.32 della costituzione recita così : ”Nessuno può essere obbligato a trattamento sanitario se non per disposizione di legge,” e ”La libertà personale è inviolabile”-

IL Codice di Deontologia Medica sancisce che è vietato al medico fare diagnosi o cura senza il consenso informato, e che ha l’obbligo di desistere se vi è il rifiuto della persona, poiché senza consenso non si può fare alcun trattamento sanitario, a meno di casi particolari ( minor età, interdizione, età anziana con deteriormento cognitivo, età maggiore ma con incapacità temporanea per abuso di alcool o stupefacenti, o in presenza di un temporaneo stato di incoscienza, o nello stato di necessità di salvare il paziente da un pericolo concreto ).

Il consenso va fornito scritto in alcuni casi ( AIDS, trapianti d’organo, terapia con emoderivati, procreazione assistita, interventi chirurgici, procedure invasive, trattamento con radiazioni ionizzanti, trattamenti che incidono sulla capacità di procreare, trattamento con elevata incidenza di effetti collaterali).[[17]](#footnote-17)

**CAPITOLO IV**

**MEDICINA IN CRISI. PERCHE′?**

***4.1 Limiti della Medicina, Tecnologia e aspettative del paziente-cliente***

In generale assistiamo spesso impotenti ad un sempre maggiore divario tra il lavoro del medico, che ha perso in autorevolezza, e le aspettative della società civile dettate dal fatto che l’iper-tecnologia sta costringendo, in maniera sempre più esacerbata, a porsi in condizioni difensive nei confronti di pazienti che purtroppo non si rendono conto che non si può avere un prodotto di salute garantito al 100%, perché la medicina non è una scienza esatta, ma al contrario ha forti connotazioni probabilistiche. Quindi ambedue hanno responsabilità nel senso che da un lato il paziente deve essere consapevole dei fondamenti di una medicina che fa passi da gigante nella qualità e durata della vita, ma ha dei limiti ( i media sono educati ed educano a far sì che ci si aspetti sempre e comunque la guarigione, e non solo la cura ), e d’altro canto il medico deve essere consapevole che se non si approccia in maniera empaticamente umana al paziente, ne deriverà un rapporto insoddisfacente per entrambi. ([www.filosofia](http://www.filosofia) medicina.net).

E allora si pone, in tutta la sua drammatica attualità, il seguente QUESITO : **IN TUTTO CIO′ IL MEDICO, OGGI**, **CHE RUOLO HA? ED AVRA′?** Poiché’ le tecnologie sono così avanzate da raggiungere prima o poi un punto in cui sarà l’intelligenza artificiale artefice di cura e terapia, è indispensabile **RICOLLOCARE** SOTTO UNA NUOVA PROSPETTIVA la FUNZIONE DEL MEDICO, perché la medicalizzazione della società che determina aspettative irrealistiche nei cittadini, i conflitti d’interesse professionali, i timori medicolegali sono tutti fattori che alimentano la cosiddetta **MEDICINA DIFENSIVA**, che ormai ha preso piede in modo preponderante nel tentativo di porre un limite ai contenziosi medicolegali. Tali contenziosi sono talmente numerosi che addirittura talune categorie di medici quali i ginecologi e i chirurghi non riescono e a reperire compagnie assicurative in grado di fornire copertura professionale necessaria per legge, o se riescono, sono costretti a pagare rate che definire spaventosamente irrealistiche è voler usare un eufemismo.

Per ciò che concerne la mia personale esperienza lavorativa, ho modo di constatare tutto ciò nel senso che un maggiore aspettativa di vita ha fatto sì che vi sia una maggiore richiesta di assistenza sanitaria, e quindi un aumento della spesa sanitaria, il che ha necessariamente condotto al bisogno di contenere costi e razionalizzare le risorse. Quindi teoricamente vi è la necessità di riorganizzare il SSN per rispondere a criteri di efficacia, efficienza e appropriatezza: da un lato i modelli dipartimentali, basati su un modello di cura che rapporta risorse e costi, ma d’altra parte occorrerebbero nuovi modelli per intensità di cura, in cui il paziente con poli-patologie verrebbe affiancato all’internista, che coordina i vari specialisti per garantire la continuità di cure ed evitare che un soggetto con pochi bisogni riceva più assistenza del necessario e al contrario un soggetto” critico” ne riceva di meno.[[18]](#footnote-18)

Nella realtà la situazione è ben diversa, e il territorio, almeno nella mia zona lavorativa, è suddiviso in postazioni sparse che forniscono assistenza primaria, con pazienti che per sottoporsi ad esami strumentali e visite specialistiche devono necessariamente afferire all’unico ospedale della zona, con una drastica riduzione dei posti letto, il che comporta attese disumane e qualità delle cure spesso scadenti perché purtroppo non vi sono le adeguate risorse economiche.

E non è affatto facile spiegare al paziente che oggi purtroppo la sanità è in mano agli economisti per una questione di ottimizzazione delle risorse, che sono insufficienti rispetto alle esigenze, presunte e reali, ed il malcontento generale ha sempre modo di estrinsecarsi attraverso richieste che nella maggior parte dei casi sono eccessive (non so neanche quante volte mi trovi di fronte a pazienti che per una semplice gastroenterite pretendono che chiami un’ambulanza del 118 per essere condotti in ospedale, senza aspettare il tempo necessario affinché la terapia somministrata faccia effetto.!)

D’altronde , il paziente è alla ricerca di qualcuno che ascolti , che gli dedichi tempo , e questo spiega anche perché siano sempre maggiormente diffondendosi tutte quelle medicine alternative che si discostano dalla medicina tradizionale (aromaterapia, cristalloterapia, cromoterapia, floriterapia, fiori di Bach, iridologia, linfodrenaggio, naturopatia, omeopatia, reiki, shiatsu, training autogeno, yoga, e l’elenco pare infinito). Perché ? Perché come dice Masini ,“medici e terapeuti alternativi dedicano ai propri pazienti un **tempo** nettamente superiore a quello dedicato dalle figure mediche della medicina convenzionale, non solo dal medico di base , spesso intralciato da un ruolo che diviene sempre più burocratico , ma anche rispetto agli specialisti , anche privati , che si pongono rispetto al paziente in una posizione legata unicamente alla malattia[[19]](#footnote-19) la componente psicologica diviene quindi una componente r**elazionale** , segno che il consumatore cerca una relazione più profonda, , **qualcuno che lo ascolti di più** “.

***4.2 Malattia e ruolo sociale-sickness***

*Qualche giorno fa mi è capitato in ambulatorio, accompagnato da un parente, un signore di circa 40 anni, che si teneva una mano sul torace a sinistra. ”Cosa vi sentite?”, ”Mi sento stringere,”, ”Stringere come?”, ”E’ continuo, forte, è come se dentro mi avessero messo un elastico, stretto”, ”da quanto?”, ”mezz’ora, ma adesso sta aumentando.”: non ho aspettato altro, perché mi è bastato solo guardarlo, appena entrato, per capire che si trattava di un problema cardiologico, sicuramente un’angina pectoris, per cui , dopo riscontro di valori pressori molto elevati, gli ho somministrato un carvasin sublinguale e un’aspirina e inviato in ospedale con mezzo proprio a fare visita cardiologica ed ECG d’urgenza, dopo avergli spiegato in modo sintetico di cosa potesse trattarsi e aver preso il numero di cellulare e di casa, ( il paziente, tra l’altro, ha rifiutato l’ambulanza per non rendere partecipe gli altri del suo malessere, preferendo invece farsi accompagnare da* *un parente: ”altrimenti chi sa che pensano!”. Ecco, lampante, il nesso tra malattia e ruolo sociale - sickness. Vergognarsi del fatto di poter essere malato! ). Dopo circa mezz’ora gli ho telefonato per essere certa che fosse arrivato , e poi , a fine turno a casa , per aver notizie. Il giorno successivo la moglie mi ha richiamato per confermarmi che il marito era stato* *trattenuto per 24 ore per eseguire* i *tre prelievi di routine per gli enzimi cardiaci, che gli avevano detto che vi era stato un lieve rialzo enzimatico, ma che poi era stato dimesso, accertata la fine dell’urgenza, con l’invito a prenotarsi presso struttura pubblica o privata, per l’esecuzione di tutti gli esami di routine, ECG Holter, prova da sforzo, ecc. La signora mi ha ringraziato, però era molto arrabbiata perché si aspettava che in ospedale le avrebbero fatto subito anche questi ultimi esami e senza* *dover aspettare* (“ solite parole “la sanità non funziona, è una vergogna!).

Io non ho neanche provato a dirle (secondo le teoria prepos, davanti alla rabbia del ruminante occorre porsi nella posizione di affinità dell’apatico) che non vi sono risorse economiche per tutti indiscriminatamente, per cui, dopo il termine di un’epoca in cui si elargivano prestazioni a tutti - aventi diritto e non- senza filtri, ci siamo incamminati verso un’epoca nella quale si elargisce sempre meno ed a un minor numero di persone.

E in mezzo – tra le esigenze e pretese - legittime per carità - sempre maggiori del paziente, (che vede la medicina come una scienza esatta ) ed il ruolo preponderante dell’economia della gestione manageriale della sanità — vi è il medico, che subisce le rimostranze, il malessere, le aspettative, la sopravvalutazione di ciò che allo stato attuale ci si può e ci si deve aspettare, in un contesto di forte crisi economica che a maggior ragione ha investito anche il settore sanitario.

***4.3 Il malato ridotto a cartella clinica***

L’alto livello tecnologico, le avanzatissime capacità diagnostico-terapeutiche hanno condotto l’attenzione più sulla malattia che sul malato, ridotto a mera cartella clinica, quindi, come scrive Silvia Gregori,[[20]](#footnote-20) in un momento storico nel quale metodiche di diagnosi e cura hanno toccati livelli impensabili, si avverte comunque la sensazione che la medicina sia un **fallimento** in quelli che sono in realtà i suoi compiti basilari, ossia prendersi cura del malato e della sua sofferenza e accompagnarlo verso una morte più umana . “Come causa della divaricazione tra i successi della medicina e il grado di insoddisfazione espresso dal paziente sono stati ipotizzati diversi fattori, tra i quali il tecnicismo clinico che personalizza, la parcellizzazione delle conoscenze, la diminuzione del carisma della figura medica”.

In altre parole, l’eccesso di settorialità in assenza di comunicazione evoluta ha fatto sì che il paziente, nell’affanno di consultare per una patologia una miriade di specialisti che non comunicano adeguatamente né con lui né tantomeno tra di loro, si senta estraneo, smarrito, inascoltato, insicuro. Quindi la medicina si è **staccata** dai bisogni di salute del malato: ecco le aspettative tradite, la sfiducia, l’ostilità, la delusione.

In un momento epocale generale in cui la svalutazione del ruolo del medico è vissuta con rabbia da parte di molti, in un’ottica di aspettative eccessive davanti ad una medicina mitica da “Dottor House”, mi trovo spesso, nel corso della mia attività lavorativa, a toccare con mano l’eccesso di aspettative del paziente che non si rende conto della situazione vicinissima al collasso dell’ospedale e del pronto soccorso e non comprende, tanto per fare un esempio, - posto che su tutto del territorio esistono solo tre ambulanze (magari impegnate in quel frangente in tre soccorsi salvavita)- , se la sua situazione non è tale da minare le condizioni vitali, esempio trauma distorsivo alla caviglia., deve aspettare ed essere davvero paziente, e collaborare, magari recandosi in ospedale con mezzo proprio, perché non ha scelta: né lui né io.

***4.4 Che fare?***

Occorre porsi nella posizione di affinità dell’apatico, portatore di pace , comunicare, ascoltare e riflettere, riflettere a come **RIPENSARE LA MALATTIA, RIPENSARE LA MEDICINA.**

Come dice Andrea Buzzi nel convegno triennale dell’AICE 2014 :. “Assediata dalle reiterate restrizioni di bilanci, mortificata dagli scandali, in affanno davanti al proliferare di canali informativi pubblici ed incontrollati, vittima di incursioni politico-giudiziarie, la medicina ha necessità di riflettere sui propri assetti e presupposti” per una **NUOVA UMANITA′**.”

Per inciso, il concetto di umanità varia in funzione dell’approccio teorico , a seconda cioè dell’interpretazione che si conferisce alla malattia, che è *disease* (in riferimento all’aspetto oggettivo, biologico, in termini di approccio semeiotico e obiettività clinica riscontrati dal medico in corso di visita) ma è anche *illness* ( soggettività della percezione di malattia ) e *sickness* (ruolo sociale).

Per superare la critica fatta ai medici della tradizione di occuparsi esclusivamente della *disease* ma non delle altre due[[21]](#footnote-21), e quindi di non valutare ciò che il Prof. Masini[[22]](#footnote-22) definisce egregiamente il binomio “malattia - malessere” (che non è altro che il binomio disease - illness), è sorto il bisogno di una **NARRATIVE -BASED -MEDICINE** in contrapposizione (sarebbe auspicabile una integrazione!) ad una **EVIDENCE- BASED -MEDICINE (EBM ).**

Quest’ultima, supportata da un recente strumento dato dalle **LINEE GUIDA**, che hanno lo scopo di definire i comportamenti del medico in varie situazioni onde “proteggerlo “da eventuali accuse di comportamento colposo preterintenzionale, che però, come riferisce il prof.Masini , hanno **OVVI LIMITI** “perchè ciò che ha determinato la crisi delle linee guida è stata la manipolazione effettuata dagli economisti sanitari, che le hanno influenzate per problemi di finanziamenti”.[[23]](#footnote-23)

L’EBM vacilla perchè gli studi clinici non hanno più lo scopo di convalidare ipotesi scientifiche ma assumono connotati di marketing burocratico: e non è detto che migliorare l’efficacia terapeutica conduca ad un aumento di salute come definita dall’OMS. **PERTANTO, SERVE UN MEDICO CHE SAPPIA RICONGIUNGERE IL PIANO SCIENTIFICO A QUELLO UMANO –RELAZIONALE , ED UN PAZIENTE FORMATO ED INFORMATO MA COLLABORANTE.**



**CAPITOLO V**

**COMUNICAZIONE MEDICO-PAZIENTE**

***5.1 Il Counseling medico*** -

Il Counseling medico è una particolare relazione di aiuto nella quale il medico ascolta, sente il vissuto del paziente, accoglie, comprende, in funzione di un cambiamento, in una relazione di comunicazione empatica.

Tra gli altri stili comunicativi, logico persuasivo e coinvolgente, usa anche la narrazione, su cui si basa appunto la Medicina Narrativa (**NBM** = Narrative Based Medicine) il cui fulcro è la centralità della persona paziente ed il suo vivere la sua malattia, allo scopo di superare l’inefficacia della **EBM**  (Evidence Based Medicine) che scorpora la malattia dalla persona settorializzandola e non integrandosi con la molteplicità di fattori che intervengono nella costruzione del mondo del malato ( fattori familiari, ambie**nt**ali, lavorativi, psicologici, che vengono invece presi in considerazione e valorizzati nella medicina narrativa).

La Medicina Narrativa dà **valore al vissuto del paziente** - malattia e malessere - e costruisce una relazione “adulta” ed equilibrata tra medico e paziente in rapporto al significato – o significati - che il paziente dà alla sua malattia, che è diverso dal significato che il medico dà alla stessa malattia.

E affinché non vi sia scissione e incomprensione tra le parole del medico e quelle del paziente, ambedue devono usare un *linguaggio comune* comprensibile ad entrambi per il bene del paziente. Linguaggio che non deve essere eccessivamente specialistico ed incomprensibile per le capacità dell’interlocutore, altrimenti assume una valenza negativa (può servire a rimarcare la propria competenza scientifica, o nascondere la propria inadeguatezza a dare risposte soddisfacenti al paziente , o fungere da difesa per quel medico che non ha gli strumenti per comunicare adeguatamente un diagnosi). Il paziente non conosce termini come “faringodinìa” o “disfagìa” o “nicturia” o “poliuria” , il medico sì, perciò è indispensabile comunicare.

***5.2 Come comunicare con il paziente***

Come tutte le comunicazioni, anche la comunicazione medico-paziente deve rispondere a criteri di *chiarezza, consapevolezza ed efficacia*, tra il paziente – come persona informata e partecipe ( consenso informato ) e non passivo, ed il medico, in rapporto di empatia ed interazione dinamica, per il benessere e la soddisfazione di entrambi.

La comunicazione, che deve essere modulata sulle caratteristiche di personalità del paziente e non su quelle del medico, dovrebbe consistere nello spiegare al paziente in modo chiaro ed efficace il regime di cura possibile, le sue indicazioni, le sue interazioni con patologie precedenti e con eventuali altri farmaci che il paziente sta già assumendo, gli effetti collaterali. Va spiegato al paziente cosa può aspettarsi e cosa non aspettarsi, e quali benefici - rischi vi sono, affinché possa partecipare in maniera attiva e consapevole al processo decisionale e terapeutico.

E′ inoltre importante spiegare, se possibile, in modo chiaro ed appropriato tutti quei comportamenti preventivi che possono ridurre o contribuire a ridurre l’incidenza di determinate patologie.

Ad esempio, spiegare che adottare stili di vita adeguati e correggere fattori di rischio come la sedentarietà, il sovrappeso, l’ipercolesterolemia, è utile per prevenire le malattie cardiovascolari, o spiegare che l’ipertensione è un fattore di rischio anche per l’ictus cerebrale e che più bassa si mantiene la pressione diastolica e minori sono gli eventi cardiaci e cerebrali. E dirgli che, per quanto possibile, dovrebbe mantenere a livelli accettabili l’ansia e lo stress nel senso di imparare a canalizzarli in modo più appropriato poiché, ad esempio, nella genesi dell’ipertensione, multifattoriale ( iperattività adrenergica, alterazione scambi cellulari di Na+, Ca+ ,H+, insufficienza del controllo baroriflesso, difetti genetici delle membrane cellulari, iperattività del sistema renina- angiotensina -aldosterone, sale nella dieta) un ruolo è anche svolto da fattori psicologici, da aggressività soppressa .[[24]](#footnote-24)

Già nel ‘46 Alexander parlava di “blocco cronico dei sentimenti ostili “, per cui il paziente iperteso è molto spesso colui che non ha un buon rapporto con la propria aggressività, quindi è in stato di iperattività adrenergica: cronicamente in fase di preparazione fisica all’azione aggressiva, ma senza che la carica adrenergica accumulata possa scaricarsi, in una continua tensione adrenergica, innescata dal conflitto in un soggetto che da un lato si reprime molto e dall’altro ha motivazioni, pensieri, emozioni troppo forti (AVARO, RUMINANTE). Corpo e psiche, infatti, non sono due entità separate ma si influenzano reciprocamente, come studia la medicina psicosomatica, secondo cui gli ipertesi tendono a inibire reazioni di collera, difficilmente si abbandonano alla relazione, necessitano di esercitare controllo continuo sulla realtà.

Un esempio classico di come un’emozione induca un effetto sul corpo è la nota “ipertensione da camice bianco” in soggetti ansiosi.

Ovviamente, l’ipertensione è una patologia a genesi multifattoriale, e l’ansia è un copione base nella tipologia dell’avaro secondo Prepos, ma può anche essere presente nelle altre, anche se in misura maggiore nella tipologia del ruminante e non possiamo essere certi che ansia e rabbia siano antefatto e non conseguenza dello stato ipertensivo. Tuttavia, vi sono studi che dimostrano che nell’iperteso consapevole della sua ipertensione, l’ansia è presente in misura maggiore rispetto all’iperteso non consapevole.

Ciò perché, in realtà non sono “gli stimoli stressanti che minacciano la nostra salute psicofisica, ma piuttosto la nostra reazione ad essi, reazione eccessiva e spiacevole, perché mentre per l’uomo primitivo la minaccia proveniva dall’esterno, oggi le minacce sono di tipo psicosociale e si proiettano sul nostro essere con manifestazioni psicosomatiche”.[[25]](#footnote-25)

***5.2 a)******Comunicare ed ascoltare: l’importanza del silenzio.***

“Abbiamo bisogno di silenzio per essere in grado di toccare le anime. La natura , alberi, fiori, frutta, erba, crescono in silenzio; stelle, luna, sole, si muovono in silenzio “(Madre Teresa)

L’etimologia della parola silenzio deriva dal francese “silence”, che trova a sua volta origine dal latino “silentium” da silère = tacere, ma vi è una radice indoeuropea SI=legare; OPHI = VOCE.

Come scrive Benedetto XVI nella 46° Giornata Mondiale della Comunicazione (24.01.2012) senza il silenzio la comunicazione rischia di divenire rumore, in una produzione compulsiva di messaggi nella quale, invece dell’interattività, si diventa emittenti sterili di parole ma incapaci di ascoltare. Invece la parola che significa r**elazion**e è una parola *incompleta*, striata di silenzio, cioé **aperta all’ascolto**, che permette di ospitare altro= quindi il **silenzio è ascolto, e collante del legame.** “Ecco perché la comunicazione è individualismo e solo ripartendo dal silenzio ed incorporandolo, la comunicazione potrà diventare, da emittenza a trasmissione, condivisione e unione. E rigenerare, insieme, i legami e i significati che ci rendono umani “.[[26]](#footnote-26)

Nel Counseling medico, nella fattispecie, comunicare significa anche tacere ed ascoltare , sia con ascolto *passivo* ( sorriso, contatto visivo e corporeo, silenzio) che *attivo* (pause, riepilogo di ciò che l’altro ha esposto), partendo da se stessi per ascoltare l’altro, cioè la persona paziente, attraverso i detti e i non detti – che a volte sono ancor più importanti - laddove vi sono da un lato medici pressati da più fronti e sempre più burocrati e dall’altro pazienti sempre più coscienti e partecipi.

***5.3 Medicina Narrativa e counseling - Narrare: perché?***

NARRARE deriva da “GNARUS”(tardo latino) , cioè “ESPERTO” ; successivamente la caduta della G ha dato origine a “NARUS “ da cui è derivato il verbo latino NARRARE . Può narrare chi è esperto , chi ha esperienza , chi può raccontare qualcosa di cui ha conoscenza personale.[[27]](#footnote-27)

Come riporta Shorter, il medico racconta storie, il malato racconta storie. Sono due mondi diversi, due culture diverse , due umanità diverse, che devono entrare in rapporto relazionale tramite il contatto fisico (inteso come approccio semeiotico ed emozionale), tramite il linguaggio (verbale e non), comprensibile ad entrambi, con il quale il paziente offre il ricordo, la memoria, ossia l’anàmnesis del suo disagio e del suo soffrire, ed il medico offre l’attenzione, la disponibilità, il tempo, il potere terapeutico della sua presenza, della sua competenza tecnica, della sua parola: affinché si realizzi una **catarsi** che il paziente ricava dal raccontare le proprie vicende a qualcuno di cui si fida come “guaritore “ , in virtù della quale la stessa presenza medica , come tale , assume valenza taumaturgica in quanto depositaria della coscienza di simbolo dell’azione terapeutica (che ci spiega - come in precedenza accennato - anche l’effetto psicodinamico del farmaco, che influenza e viene influenzato da quello più squisitamente farmacologico).[[28]](#footnote-28)

**Perché, dunque, narrare?** Perchè senza narrazione il mondo del paziente rimane ignoto, sconosciuto , estraneo al medico , e se rimane tale è ovvio che la relazione non ha modo di evolvere in senso di disponibilità da parte del paziente , anche ad accettare la malattia, la cura, la terapia, ed a fidarsi del medico nel senso di **affidarsi** , avere fiducia .., poichè solo tramite le storie personali l’esperienza soggettiva di malattia viene oggettivata, comunicata , letta, ascoltata, interpretata e reinterpretata, nel senso di costituire un capitolo unico e irripetibile nell’autobiografia,nella storia cioè di quella persona.[[29]](#footnote-29)

La formazione basata sul modello americano di DISEASE (sintomo cui ricondurre la malattia, clinica, sindromi ) è carente e manchevole della dimensione più antropologicamente appartenente alla figura del **physicon** , del medico, in un contesto globale pieno di contenziosi nascenti dalla crisi di umanità , in un quadro di ansia e aspettative quasi istituzionalizzate : il sistema culturale è vilipeso, vilipesi sono i valori umani di **responsabilità, giustizia e impegno, libertà, generosità, pace, umiltà e sacrificio, fedeltà,** le autorità stesse sono vilipese, e la persona perde sempre più valore, divenendo mero numero , caso , statistica.

Ecco perché il medico – che già deve compiere uno sforzo enorme per essere riconosciuto come tale, come persona e autorità - oggi può, in quanto egli stesso persona, incontrare la persona paziente attraverso la narrazione di malattia, che consente il **recupero** – in un rapporto fiduciale- **della dimensione relazionale** , depotenziando l’eventuale prescrizione farmacologica e migliorando, invece, la comprensione di significati comuni in un rapporto umanizzante-

Il corpo non è un oggetto ma una parte fondamentale del sè, quindi il corpo del malato non è solo oggetto di studio obiettivo bensì soprattutto , ed anche, il luogo dove avviene l’esperienza della malattia, della sua malattia , ed in tale prospettiva la medicina narrativa va oltre la medicina dell’evenienza , in una **prospettiva olistica** che miri ad integrare gli elementi diagnostico-clinici della malattia con l’esperienza soggettiva della stessa.



**Medicina dell’evidenza e Narrazione costituiscono due chiavi, ambedue importanti**, avente lo scopo comune di migliorare reciprocamente la relazione in una oggettività scientifica che da sola è disumanizzante perchè necessita anche , e soprattutto, della narratività definita egregiamente dal Prof. Masini[[30]](#footnote-30) come “elemento di coinvolgimento nel vissuto del paziente”

Se io medico uso il termine di “artrosi”, mi riferisco alla patologia degenerativa delle articolazioni che mi è ben nota in termini di classificazione eziopatogenetica, sintomatologia, obiettività clinica, terapia locale e sistemica, ma per il paziente artrosi significa ben altro: significa rigidità al mattino quando si alza , bisogno di essere aiutato per un paio di ore perchè i movimenti sono rallentati e difficoltosi, presenza di dolore cronico che può essere una lombalgia o una cervicalgia - magari con vertigini - , significa impotenza funzionale, e se colpisce ad esempio le mani e sono già comparse le deformità, significa che non gli entra più la fede matrimoniale o un anello o che non può più svolgere con le mani le attività che prima era in grado di svolgere (ad esempio non può più svitare la macchinetta del caffè oppure cucire) , significa che qualcuno gli domanderà come mai abbia le mani “deformi” e “perché non fà qualcosa”, o gli consiglierà un unguento miracoloso o un altrettanto miracoloso specialista (con potenziamento di sensi di vergogna se è un “invisibile” perché per lui o lei le mani sono un biglietto da visita , e forse quando parla le terrà nascoste in tasca). Significa tutto questo , e molto altro ancora.

E′ solo un esempio banale, questo , ma esplicativo del fatto che , come riporta Bert nel suo libro “Medicina narrativa”[[31]](#footnote-31), il paziente porta con sé, e narra, dei sintomi, dei disturbi, dei disagi, assieme alla percezione che egli ha di essi, assieme alla preoccupazione che essi gli causano , assieme alla descrizione egli ne fa a sè stesso ed alle persone che gli stanno accanto , in un mondo personale- familiare- lavorativo- sociale che non è il mondo del medico non aperto al counseling (per il quale quella malattia è un semplice specifico quadro nosologico ): per cui il paziente, già nell’esatto momento nel quale giunge al primo contatto col medico , non vi arriva da solo ma “accompagnato” da un suo concetto personale di salute e malattia, assieme ad un suo più o meno nutrito bagaglio esperienziale (che gli deriva anche da precedenti o attuali esperienze di malattia dei familiari, amici, conoscenti ) anche in rapporto a contatti precedenti - fallimentari o meno- con strutture sanitarie varie.

In poche parole, come dice Bert, il paziente , ancor prima di giungere dal medico , ha dubbi e certezze , preoccupazioni e bisogni, idee radicate e paure, domande che sicuramente farà e domande che invece ha paura di fare,

” in un problema infinitamente più complesso che coinvolge aspetti cognitivi , emotivi, relazionali, progettuali. La malattia come processo biologico sta dentro di lui e ne fà , appunto, un malato; la malattia come problema complesso sta al di fuori di lui e coinvolge a macchia d’olio il suo mondo, la sua realtà” .

Diviene, in tal modo, importante che il paziente venga aiutato a situare e mantenere la malattia come problema al di fuori di lui per non divenire tutt’uno col processo patologico che è dentro di lui , e appunto è proprio la NARRAZIONE lo strumento che permette di esternalizzare la malattia per superare , ove possibile e entro certi limiti , il senso di colpa, di frustrazione , di impotenza, di angoscia, perchè – come dice Arthur Frank (1995) , solo con lo spostamento della concezione di malattia da uno stato di passività (malato vittima) ad uno di attività , si può- attraverso la narrazione- trasformare la malattia in storia, cioè il fatto malattia che diventa esperienza di persona, ammalata – attraverso “il comune legame del soffrire che unisce i corpi nella loro condivisa vulnerabilità’”.[[32]](#footnote-32)

Come dice il **Prof. Masini,** l’approccio narrativo “consente di riformulare le problematiche metodologiche di raccolta di dati qualitativi per l’anamnesi medica, psicologica., sociale del paziente “, di realizzare “**UNA RELAZIONE UMANIZZANTE DI AIUTO , DI RICERCARE PROCESSI DI CO-COSTRUZIONE DI** **SIGNIFICATI DA PARTE DEL MEDICO E DEL PAZIENTE , ogni volta nuovi , sulla salute e sulla malattia**”, ed ancora , “il significato costruito nella relazione può essere una investigazione anamnestica più **profonda,** , può implicare l’ analisi di vissuti essenziali per la **diagnosi**, può produrre **cambiamento** nella diagnosi , può essere **terapeutico** in sé per il paziente , o **contribuire al miglioramento o all’accettazione della malattia e delle cure .“[[33]](#footnote-33)**

*Come la narrazione possa produrre cambiamenti nella diagnosi: esperienza personale di pregiudizio. Diversi anni fa una anziana chiamava spesso per episodi di fibrillazione , che però si risolvevano quasi sempre spontaneamente. Era una persona ansiosa e depressa, vissuta a sua volta in una fa-*

*miglia di persone con le stesse patologie : depressa la madre, una sorella, due zie. La signora aveva subìto durante, l’ ultimo anno , due episodi di lutto nell’ambito familiare, di cui il più recente era stato quello della morte del marito in seguito a carcinoma, dopo una terribile agonia durata purtroppo vari mesi . Mesi durante i quali la moglie lo aveva assistito giorno e notte senza essere supportata da nessun altro familiare, con un grande senso di impotenza probabilmente mai superato , per cui il suo medico curante - dal quale si era recata varie volte - aveva catalogato gli episodi aritmici riferiti ( e a risoluzione spontanea ) come disturbi da stato ansioso-depressivo. Durante le mie richieste di intervento notturne, insistetti molte volte sull’opportunità che si recasse da un cardiologo per un Holter e una valutazione più completa , contro il parere del curante che continuava a sminuire l’importanza degli episodi . La signora però non voleva fare accertamenti a causa dei lunghi tempi di prenotazione presso strutture sanitarie pubbliche. Finalmente, però, riuscii a convincerla, e dopo un anno finalmente le venne impianto un pacemaker, che le risolse il problema aritmico. Conclusione: la sua narrazione di malessere mi aveva portato ad allarmarmi sulla potenziale non veridicità di quella diagnosi di “somatizzazione di disturbi d’ansia”, e forse, se qualcuno prima di me , ne avesse ascoltato la narrazione oltrepassando i pregiudizi che avevano condotto ad una diagnosi “pressoché certa”, sicuramente avrebbe fatto sì che la signora giungesse alla giusta diagnosi e cura , senza aspettare così a lungo*.

Quindi , poiché il medico ha il suo concetto di malattia che non coincide con quello del paziente , per far sì che le due idee di malattia , l’una astratta e l’altra concreta , possano convergere, non vi è altro modo che imparare a comprendere e condividere termini con significati diversi attraverso la NARRAZIONE , con la quale il colloquio diviene medicina narrativa , in un incontro che non necessariamente deve essere dilatato nel tempo , poiché possono essere sufficienti anche pochissimi minuti di narrazione da parte del paziente e di ascolto attivo e partecipazione da parte del medico affinchè un colloquio diventi il colloquio, personale ed unico , di quella relazione in quel momento nel quale la persona medico incontra la persona malato e la sua storia. Ecco perché , in questa prospettiva di una più ampia visione su ciò che è il rispetto di un’umanità sofferente, sarebbe auspicabile abolire l’uso del termine “caso clinico” , definizione d’ eccellenza “ereditata “dalla vecchia medicina , a favore del termine , molto più umano, di “storia di persona malata”.

La narrazione definisce l’identità del paziente nella sua esperienza di malattia, ma , come il paziente dialoga, anche il medico dialoga e racconta , perché solo così , narrandosi reciprocamente , ci si incontra e la relazione può divenire essa stessa CURA. Cura che non significa solo somministrare una terapia farmacologica o chirurgica .

*Esperienza personale: ricordo, a tal proposito, una signora che abitava nel paese dove lavoro, che quasi tutte le sere telefonava più o meno intorno alla stessa ora, circa mezzanotte, per chiedermi se potessi passare da lei anche soltanto per 5 minuti perché “non si sentiva bene”. In realtà , la signora , a parte il diabete e l’ipertensione , che però erano ben controllati dalla terapia farmacologica , era una persona molto ansiosa , e con la sua richiesta intendeva esprimere un senso di tristezza e solitudine che si acuivano alla sera, quando fuori cessavano i rumori e si avvicinava l’ora del riposo notturno , e dalla narrazione , dal raccontare e dal raccontarsi che questa anziana faceva del suo disagio , era manifesto il bisogno della figura medica intesa non in senso clinico ma umano -relazionale- La sua paura di rimanere sola durante la notte, lontano dalle figlie che abitavano in un altro paese, si consumava nelle ore che precedevano la mia chiamata, fino ad attenuarsi e, in un rapporto di umanità , a trovare sollievo nella narrazione che mi faceva del suo malessere , inteso come star male non dal punto di vista clinico ma da quello personale, intimistico. Lei si appagava nella convinzione che io, medico, potessi , solo con la mia breve presenza e con lo scambio di poche parole ( anche condividendo con lei la mia esperienza personale riferita a mia nonna, pure lei, come la signora, impaurita dal buio) , aiutarla a lenire il suo disagio , così, semplicemente ascoltandola e tranquillizzandola.*



*In questi pochi minuti il rapporto diveniva relazione* comunicativa attraverso la condivisione di narrazioni, in un rapporto di umanità-

Avere cura è anche relazione umana. Anche questo è essere medico. E mi sovvengono, a tal proposito , le parole di Rita Charon , che è stata una delle più importanti studiose di medicina narrativa”: se il vostro paziente malato vi riporta alla mente vostro nonno, che ha la stessa malattia, ed ogni volta che visitate quel paziente vi commuovete pensando a vostro nonno, questo non lo scrivete in cartella ; bisogna scriverlo in un altro posto , e questo posto è la “ cartella parallela”.[[34]](#footnote-34)

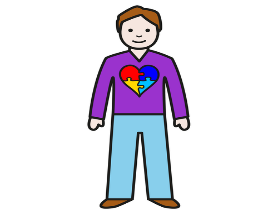
D’altronde, lo stesso colloquio medico è una narrazione , ossìa espressione – tramite parola e racconto ,di ciò che conosciamo e viviamo, giacchè – come sostiene Jerome Brummer[[35]](#footnote-35) “NOI viviamo attraverso le STORIE che danno un SENSO alle nostre vite, e la società umana non può andare avanti senza narrazione”.

Secondo RITA CHARON vi sono cinque aspetti narrativi nel colloquio medico: la temporalità, la singolarità, la causalità, l’intersoggettività e l’etica.-

**a) Temporalità:** significa che ogni narrazione ha una cronologia e un tempo, anche se vi possono essere flashback di agganci col passato o proiezioni nel futuro, ma il tempo –questo lo sappiamo tutti- è relativo, nel senso che non è ritmato – scandito da un orologio, e un minuto può sembrare un anno, in particolare nella sofferenza, per cui l’attesa di una settimana può sembrare eterna per chi soffre e al contrario breve per chi sta dall’altra parte. Persino lo scrivere della propria malattia può sembrare – se riletto a distanza di tempo- scritto da un altro , perché il tempo ha cambiato il modo di leggere e di sentire del malato-



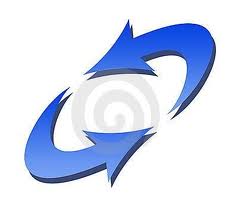
**b) *singolarità****:* significa che il malato vive la sua malattia , singolare , perso- nale ed unica, e solo lui è in grado di raccontarla-



**c) causalità** : significa che il malato non chiede e si chiede perché si è ammalato , ma “che senso ha , perché a me, perché adesso” , e se non vi sono cause apparenti (es. un trauma causa una caduta e quindi una frattura ossea, l’esposizione a una noxa infettiva causa la patologia ad essa correlata, ma un infarto miocardico!? Una neoplasia?), la storia di malattia non ha un senso, per cui solo narrando si può , forse, correlare tanti elementi che possono dare un significato , una chiave di lettura alla sua malattia .



**d) inter-soggettività**: significa che la relazione medico malato non è “ io e tu “, ma “ “io-tu”, perchè non è la clinica che unisce paziente e medico ma è il legame che nasce dalla fiducia , che ha a che fare con l’ascolto attivo e partecipe di ciò che il paziente dice della sua storia , che è fatta di silenzi, contatti, immagini, simboli, parole.



**e) etica:** il narrare e il narrarsi consentono l’accesso al mondo intimo della persona, per cui questo deve essere effettuato con modalità non invadenti e violanti , ma delicatamente, empaticamente ed umanamente , affinchè appunto la relazione di aiuto sia anzitutto umana.[[36]](#footnote-36)



Cosa NON è Medicina Narrativa?

- NON è far raccontare al malato la propria malattia,

- NON è oltrepassare i limiti delle proprie competenze per addentrarsi in specifici interventi psicologici,

- NON è ascoltare pazientemente una narrazione caotica ed eccessivamente disperdente,

- NON è tirare fuori lo “sfogo “ del paziente,

- NON è il monologo della persona né del medico.[[37]](#footnote-37)

E’ invece un **DIALOGO (ancora meglio un INCONTRO – RM-IN – che evolve verso il RICONOSCIMENTO reciproco – IN-DE – che si trasforma quindi piano piano in DIALOGO – DE-AD)** in cui il tempo viene usato equamente , o quasi , da ambo le parti , per il racconto di una malattia, che non è la classica raccolta di notizie anamnestiche allargate alla sfera

psicologica e sociale della malattia.: “**MEDICINA NARRATIVA E′ LA** **STORIA DEL MEDICO E DEL PZ IN QUANTO PERSONE DI UNA NARRAZIONE COMUNE , CHE E′ LA MALATTIA DEL MALATO“.[[38]](#footnote-38)**

Il paziente raccontando al medico partecipa la sua storia in modo vero e reale: ecco perché la medicina narrativa dovrebbe essere un’**integrazione** e un ampliamento della medicina classica, perché l’umanità della persona non si può valutare attraverso trials randomizzati. E se il medico ha competenze di counseling narrativo , può interpretare ciò che il paziente gli riferisce in base al proprio linguaggio , e non a quello scientifico , giacché ad esempio il paziente non sa nulla di tachicardia parossistica , ma usando il suo linguaggio dice “il cuore mi andava a trecento all’ora come se dovesse scoppiare , e poi mi sono sentito spento”.

Come dice il sociologo Guido Giarelli[[39]](#footnote-39) (“tesi di maccarone sulla narratività’’), uno dei protagonisti della medicina narrativa in Italia , in un articolo su Repubblica.it del nov.2011, “ Il pensiero narrativo non è da considerarsi in opposizione al mondo astratto ed assertivo del processo scientifico. La logica narrativa opera infatti in maniera semplicemente diversa e complementare , non generalizza ma resta radicata al particolare e alla sua interpretazione simbolica. L’ interesse per la forma narrativa è tutto qua , nella sua possibilità di offrirci una strada per comprendere l ‘incomprensibile, spiegare l’ inspiegabile al di là del pensiero razionale “.

Nel 2014 alcuni ricercatori dell’Università di Toronto ( Canada) dimostrarono addirittura che nella corteccia mediale e laterale ( sede della memoria di lavoro ) si memorizzano le sequenze di eventi raccontati e si immagina lo sviluppo di una storia nel tempo , la corteccia del cingolo serve a creare le immagini mentali che la accompagnano : in pratica tutto ciò si attiva quando ascoltiamo storie allo scopo di comprendere ed immedesimarci. In definitiva, , quindi , EBM e NBM sono entrambe importanti : l’una più attenta all’aspetto quantitativo , l’ altra a quello qualitativo , però occorre che si integrino, ossìa la medicina narrativa deve entrare in contatto con il lato organizzativo e clinico-operativo , affinchè vi sia una relazione di incisività sulla salute e sul benessere del paziente .

In realtà debbo fare una precisazione più che doverosa. Per quanto concerne la mia esperienza personale lavorativa , preciso che gli interventi medici in senso stretto “urgenti “ che necessitano di approfondimenti strumentali sono per fortuna solo una minoranza, come gli interventi di emergenza , e che nella maggior parte dei casi si tratta di interventi per i quali ci si può prendere un pò più di tempo , ( sempre considerando che per la tipologia stessa del lavoro può accadere che magari non chiami nessuno e poi invece vi siano più richieste di aiuto contemporaneamente)- In tal senso l’approccio al counseling e alla narrazione è fondamentale, a mio parere , per prevenire e promuovere la salute nell’ambito di quei contesti di prevenzione delle patologie, di educazione alimentare , di contesti sociali che innescano relazioni alterate, nel ridurre l’uso di farmaci, nell’evitare abuso di alcool , nell’accompagnamento stesso alla morte, nelle malattie croniche autoimmuni, cardiovascolari, respiratorie, diabete, dislipidemie.

***5.4 .Come relazionarsi col paziente ?***

Abbiamo più volte ribadito che counseling medico è il counseling rivolto al paziente per la costruzione di una interrelazione collaborativa per il bene del paziente avente lo scopo di intervenire e risolvere il problema legato alla malattia (prevenzione, cura) e salute (conservazione della stessa).

Come ci si costruisce la relazione col paziente? Con la fiducia, ponendosi come persona, lasciandolo parlare con la comunicazione verbale e non , e ponendosi in relazione di AFFINITA′ secondo la teoria di PREPOS . Per esempio, se il paziente si presenta come un **avaro** , teso e rigido , braccia conserte , improntato al controllo , io medico mi pongo con atteggiamento tranquillo e pacifico da apatico o coinvolgente da sballone. Se il paziente è un **ruminante**, quindi mosso da una forte carica , lo ascolto in silenzio, o quasi, da invisibile, o comunque adotto un atteggiamento da apatico per spegnerne la carica. Se è un **delirante**, distratto, lo gratifico da adesivo o sostengo da invisibile. Se è un **apatico**, rilassato, pacifico, taciturno, dovrò motivarlo, da ruminante, fornendogli la carica che lui non ha, o rimproverarlo per fargli modificare i suoi comportamenti, prospettandogli le conseguenze del suo non fare. Se **invisibile**, lo incoraggio da ruminante oppure mi mostro con atteggiamento estroverso di apertura da delirante. Se il paziente è **adesivo**, quindi alla ricerca di continua approvazione , dovrò coinvolgerlo da sballone o dialogarci da delirante.

E′chiaro che all’inizio utilizzerò delle tecniche di **ricalco** del suo linguaggio , sia verbale che non. A seconda infatti di chi mi trovo di fronte , mi esprimerò in maniera forbita e tecnicistica o al contrario più semplice , adattandomi ai vari livelli culturali e passando dal più elegante italiano sino al dialetto. Ho infatti imparato, con l’esperienza, che il paziente come persona, deve rispecchiarsi in me affinché si instauri un clima di fiducia; così ne imito l’atteggiamento e la postura ( ad esempio se ho di fronte una persona rigida e controllata, mi mostro tale anche io , oppure se ho di fronte un paziente adesivo che necessita di riconoscimento, la prima cosa che faccio è fargli un complimento su un particolare del vestuario o del viso o dei capelli), e inoltre lo “aggancio “ allo scopo di creare un clima di apertura , ripetendo una sua frase o un suo atteggiamento allo scopo di condividere con lui qualcosa , che può essere una frase sulla politica o su un interesse comune tipo il giardinaggio, il ricamo, un hobby, o sulla casa, ecc. L’ANCORAGGIO può consistere anche nel ripetere il nome del paziente , più volte nel corso del colloquio e della visita medica,, oppure stabilire un contatto fisico . Per esempio i numerosi pazienti ansiosi (anche gli avari sono ansiosi, anzi: soprattutto loro! **ruminanti, adesivi** ) dei quali riconosco la voce quando mi chiamano per un consulto telefonico , se nel corso del colloquio li chiamo più volte per nome , o se riconosco chi siano ancora prima che essi stessi me lo dicano , già da questo si pongono in una relazione di fiducia . Così ne avverto nitidamente il rilassarsi , il tranquillizzarsi, giacché anche questo contribuisce a mitigarne l’ansia. Alla stessa maniera , quando ho di fronte il paziente **adesivo** , mi accorgo che si dispone positivamente se lo accarezzo o lo prendo per mano, e ciò è frequentissimo negli anziani che vorrebbero il medico sempre vicino perché hanno la paura , istintiva ed irrazionale , che se solo questi è accanto a loro , non può acccader loro nulla di male: in questi frangenti il contatto, taumaturgico come la presenza , è già cura.



Ricordo una signora che una notte mi chiamò per un episodio di dispnea acuta da asma bronchiale, e dopo averle somministrato la terapia endovena con risoluzione dei sintomi, non voleva assolutamente lasciarmi andar via , e allora, tenendo le sue mani nelle mie, le promisi che a fine turno, l’indomani, sarei passata da lei per vedere come aveva trascorso la notte, e solo così la signora si tranquillizzò ( e questo è qualcosa che accade con grande frequenza) . In un’altra occasione , *mi giunse in postazione una vecchietta accompagnata dal marito e da una nipote. La signora, che camminava lentissimamente e sembrava soffrire molto, impiegò un quarto d’ora per arrivare sino all’ambulatorio. Era venuta in pantofole per la fretta, e mi supplicava di inviarla in ospedale. Iniziò a raccontarmi di sé, e mentre parlava il marito, da buon* ***invisibile,*** *continuava ad interromperla e a rimproverarla perché era venuta in pantofole.Allora feci un gesto da* ***delirant****e : andai nella mia stanza , mi tolsi le scarpe ed entrai in ambulatorio con le infradito, e il signore smise di rimproverare la moglie. La signora* *soffriva per un problema di rigurgito e bruciore esofageo che le impedivano persino di riposare la notte , e mi raccontò che da due mesi non riusciva più a trattenere il cibo e stava male finché non lo vomitava (era dimagrita vari chili), e che non riusciva più a mangiare la carne, di cui non riusciva a tollerare neanche l’odore. Allora, mentre la signora insisteva di voler andare in ospedale (perché il suo dottore le aveva detto che doveva solo sopportare quei malanni, a suo dire, conseguenza dell’ età), la tranquillizzai dicendole che avrei fatto in modo, per adesso, di farle passare il dolore ma che poi avrebbe dovuto fare degli esami. Mandai la nipote in farmacia a prendere un farmaco e glielo feci assumere personalmente, dopo di che, entro 5 minuti la signora cambiò espressione e si mise quasi a piangere perché non aveva più il dolore e il bruciore esofagei. Mi ricordò mia nonna , e mi fece tanta tenerezza. Allora la aiutai ad alzarsi , e le feci una carezza sul viso , che fece bene ad entrambe: a me , che in quel momento era come se l’avessi data a mia nonna, ed a lei, che ne aveva un gran bisogno. Poi però dovetti chiamare da parte la nipote per dirle che sospettavo purtroppo una neoplasia gastrica , e la invitai a prenotarle in urgenza una EGDS- Il farmaco è stato importante, ma anche il nostro contatto lo è stato, il suo raccontare , il mio ascoltare e partecipare*, il nostro comune “esserci “.



***5.5 Che tecniche di comunicazione usare nella relazione col paziente ?***

Il medico counselor usa tre tipi di tecniche: dinamiche interattive, simboliche, narrative.

1. TECNICHE DINAMICHE[[40]](#footnote-40): esse hanno lo scopo DI ATTIVARE UN CAMBIAMENTO DELLO STATO D’ANIMO DEL PAZIENTE NEI CONFRONTI DEL PROBLEMA MALATTIA-SALUTE, tramite GRATIFICAZIONE, RIMPROVERO, INCORAGGIAMENTO (l’apatico va rimproverato, l’adesivo gratificato., l’invisibile incoraggiato). Le tecniche dinamiche passano attraverso canali comunicativi diversi dalle parole (gestualità , importante perché dev’essere congruente al messaggio che vogliamo dare ; sguardo , che deve correlarsi in modo affine all’idealtipo di paziente) e consta anche dell’insegnamento delle tecniche di risposta agli attentati ai sentimenti (**oppressione, intimidazione, squalifica, seduzione, demotivazione, istigazione, manipolazione**). Utilizza un processo sociale interattivo, con atto linguistico illocutorio (ordini, domande, richieste) con uso della parola per affermare , valutare, dare ordini, chiedere, promettere, ringraziare, scusarsi, e poi segue la conferma che il messaggio è stato recepito tramite risposta o atti convenzionali (ASCOLTA LE MIE PAROLE. TI ORDINO DI PRENDERE QUESTA MEDICINA. TI ASSICURO CHE FUNZIONA).

Lo scopo della comunicazione è PERSUASIVO E ASSERTIVO, e tende a porre chi parla in posizione di up (DOMANDA-.RISPOSTA.-COMMENTO.-NUOVA DOMANDA).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Processo sociale | atto linguistico | Processo comunicativo | Modello relazionale | Processo neuropsichico |
| Interattivo | Illocutorio | Persuasivo-assertivo | Comunicazione dinamica | ATTIVAZIONE |

V.Masini ,Dalle Emozioni ai sentimenti-Manuale di artigianato Educativo e di Counseling relazionale-Edizioni Prepos- 2009 tabella pg 249-250

V.Masini, Dalle Emozioni ai sentimenti-Manuale di Artigianato Educativo e di Counseling relazionale-Edizioni Prepos-2009 tabella pg 249-250

*Esempio: vengo chiamata da una paziente apatica, incostante e demotivata, che non esegue le terapie prescritte, anziana ; effettua terapia con antiaggregante piastrinico e antiaritmico e lo scorso anno , in seguito a caduta delle scale , ha riportato una frattura incompleta a una vertebra lombare ,con reliquati , dovuti anche al fatto che la paziente, affetta da osteoporosi, rifiuta categoricamente di fare terapia e conduce vita sedentaria, tra letto e poltrona. Qualche gg fa è stata visitata da un ortopedico che le ha prescritto terapia antiflogistica e miorilassante per 7 gg con controllo a breve , che però lei non ha fatto, così come ha interrotto la terapia a metà, né vuole acquistare il busto prescrittole dallo specialista-. Accusa costanti dolori al rachide e dolori addominali diffusi, di recente ha fatto EGDS con esito negativo ma non vuole sottoporsi a colonscopia ( ha diverticoli ).*



*“Signora, cosa vi sentite?”*

*“Oh figlia mia, tutto, tutto! Ho un terribile dolore alla schiena, in basso, non trovo pace, nè di notte nè di giorno. Tutto ieri col dolore alla schiena, in basso . Se sto nel letto seduta va meglio, ma se mi sdraio non dormo, e allora a che serve stare nel letto ? Me ne sto ferma ferma in un angolino senza muovermi per evitare che aumenti”.”*

*“Avete detto che il dolore migliora da seduta?”*

*“Si, per qualche giorno non l’ho avuto finche ho fatto le medicine prescritte dall’ortopedico”*

*“E poi perché le avete sospese?”*

*“Così , tante medicine mi fanno male.”*

*“Signora, voi avete fiducia nell’ortopedico?”*

*“Veramente non tanta”*

*“Allora perché insistete nell’andare in ospedale , nel chiamare l’ambulanza, nel farvi visitare, se poi non vi fidate?”*

*“Perché in ospedale mi fanno qualcosa, magari qualche esame in più”-*

*“Infatti vi hanno visitato e dato terapia , ma voi l’avete sospesa, l’ortopedico vi ha dato il busto, ma voi non l’avete comprato. Come mai?”*

*“Ho pensato che forse andava bene quello che ho già.”*

*“ Posso vederlo? NO , questo non va bene. I farmaci per l’osteoporosi li state prendendo?*

*“ Veramente qualche volta sì , qualche volta no.”*

*“Adesso ascoltatemi e fate come vi dico : dovete comprare il busto nuovo e portarlo tutto il giorno, e prendere sempre i farmaci per l’osteoporosi. Capito?”*

*“Si ,ma io ho paura”*

*“Di cosa avete paura?”*

*“Di questo dolore che mi viene alla pancia come se dentro ci avessi un’anguilla che si muove, ma tanto , a che serve ? Sono vecchia , sono vecchia. A che serve?”*

*“Per levarvi la paura, l’unica cosa che possiamo fare è ripetere la colonscopia, e potete fare in anestesia totale se questo vi fa stare più tranquilla, per controllare pure i diverticoli- Cosa mangiate di solito?”*

*“Tutto, latte, salame, pomodori, peperoni, olive, cose piccanti, pasta, conserve, tutto.”*

*“Non va bene, dovete fare un’alimentazione liquida e bere molta acqua. Va bene?”*

*“Si ma per quanto?”*

*“Iniziamo per 10 gg e vediamo come vanno i dolori all’addome. Ma se saltate anche solo una compressa , è inutile che mi chiamiate perchè non vengo più. Busto e medicine, e* colonscopìa, e *iniziate a fare qualcosa per voi , aiutatevi. Io non faccio miracoli se non ci mettete un pò di buona volontà . Di questo passo finirete in un letto , la situazione non migliora per magia, e allora come farete?”*

**2) TECNICHE SIMBOLICHE**, aventi lo scopo, tramite metafore o simboli, di far comprendere meglio al paziente un nuovo evento usando linguaggio più efficace e comprensibilmente concreto (utile per AVARI –RUMINANTI -SBALLONI –INVISIBILI-ADESIVI).[[41]](#footnote-41)

Le tecniche comunicative simboliche sono utili ad esempio per permettere al paziente di dare una nuova interpretazione alla malattia spostando l’attenzione .

Come dice Rita Charon (2006) “**La Metafora può essere un’immagine locale e fluttuante che cristallizza i significati con una giustapposizione immediata, o può essere un’immagine forte e durevole** che attraversa e rende coerente l’opera”.[[42]](#footnote-42) Le **prime** sono quelle di uso comune, tipo “vedo rosso dalla rabbia, sono giallo di bile, mi cadono le braccia per la disperazione” , e fatte proprie dal paziente che, per spiegare al medico come si sente, ne fa ampio utilizzo (ad esempio nella precordialgia sento comunemente dire “mi sento una una morsa al petto, mi sento stringere come un elastico, sento il nero che avanza”, nelle parestesie ”è come se avessi tanti pungiglioni d’ape o tanti spilli conficcati “, nell’emicrania “mi scoppia la testa, ho il mare nella testa, il dolore è come un’onda, vedo tanti puntini scintillanti “, negli acufeni “sento rubinetti aperti, sento rumore di cascata!” , nella febbre “ ho una febbre da cavallo”, e potrei continuare quasi all’infinito…)

Il **secondo tipo di metafora** di cui parla la Charon invece è quella che consente al medico di comprendere il paziente che ha di fronte per usarne di analoghe nella comunicazione (tipo combattere la malattia, attaccare la malattia su tutti i fronti, vincere il nemico, ecc.) Tuttavia la metafora ed il simbolo deve comunque aderire , agganciarsi alla realtà, perché lo scopo è quello di parlare di un vissuto in modo simbolico, considerando però che comunque una malattia è un cambiamento , e se una malattia tipo un tumore si vede esclusivamente come una guerra da vincere, terminata la guerra non si può tornare indietro, perché niente è più come prima .

In questo aiuta il **counseling medico** , nel far capire al paziente che comunque non si deve mai perdere gli obiettivi concreti , senza paura di mostrare il suo vissuto e le sue emozioni. Se così non fosse, sarebbe- come dice Bert – un “cristallizzarsi del dialogo attraverso due personaggi virtuali che si muovono in un mondo virtuale. La storia narra le illusioni , le ideologie, le fedi che hanno guidato l’umanità nel corso dei secoli: metafore, concetti virtuali. Ma i morti e le devastazioni provocati da molte di quelle metafore sono però ben reali…”[[43]](#footnote-43)

*Esperienza personale*: faccio personalmente a volte uso di metafore quando deve essere incisiva e semplice, ad esempio se devo spiegare a una persona cos’è una placca ateromasica , dico più semplicemente che i nostri vasi sono come l’impianto idrico di una casa : appena la casa è nuova , i tubi sono nuovi, lucidi e puliti, ma poi passa il tempo e si fanno vecchi perché sulle pareti si accumula il calcare, il lume del tubo si stringe , e la pressione aumenta. Oppure qualche volta uso la comunicazione simbolica per visualizzare un sintomo “Come se stesse assistendo ad una proiezione di quella scena, e dunque per *suggerirgli un intervento Su se stesso.”[[44]](#footnote-44)*

*Una volta mi chiamò ad un altro paese un signore al quale avevano asportato un rene per un carcinoma, che fortunatamente era in stadio T1N0Mo, quindi localizzato, senza coinvolgimento linfonodale nè metastasi , però il fatto di avere un rene sono lo preoccupava tant’è che se ne vergognava , e per parlarmi addirittura fece uscire fuori dalla stanza la moglie. Io gli feci chiudere gli occhi e gli chiesi come immaginasse che fossero i due reni , insomma che idea si era fatta di essi , se li aveva mai visti disegnati o rappresentati da qualche parte. Mi rispose che non ci aveva mai pensato ( per inciso , come sottolinea Masini, ci accorgiamo del corpo solo quando è malato, mentre quando è sano non lo avvertiamo). Chiesi al signore secondo lui quanto pesassero i suoi reni, quanto fossero grandi. Non lo sapeva. ”Sono piccoli, pesano da 100 a 160 grammi,come due fagioli, lunghi circa 12 cm, e servono a filtrare tutto quello che passa nel corpo eliminando ciò che non serve. Facciamo finta che i reni siano due colini,e su ognuno vi sia una bottiglia di acqua. L’acqua che non è utilizzata passa attraverso i colini e viene eliminata, e dentro vi rimane ciò di cui il corpo ha bisogno. Riuscite ad immaginarli, a vederli?”. ”Sì”. ”Adesso immaginate che uno dei due colini si rompa. Sapete il corpo che fa? .E’ come se usasse una bottiglia grande il doppio e un colino grande il doppio, cioè il rene che resta si ingrossa e compensa, facendo il lavoro che avrebbe dovuto fare l’altro. Adesso riuscite a vedere un solo grosso colino che fa passare anche l’acqua che prima passava dai due colini più piccoli?” Il signore mi guardò dicendomi che non ci aveva mai pensato , e che questa immagine lo avrebbe aiutato ogni volta che gli fosse tornata la preoccupazione di esser rimasto con un rene* solo .



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Processo comunicativo | Modello Relazionale | Processo Neuropsichico |
| Processo socialeSimbolico | Atto linguistico Perlocutorio | Processo comunicativo Suggestivo | Modello relazionale Empatia Cognitiva | Processo neuropsichichicoCONTROLLO |

Come dice Masini pg 249 “Dalle emozioni ai sentimenti”, la comunicazione simbolica è una forma neutra che rimanda a qualcosa che è già conosciuto o è stato detto , costruendo l’intesa tramite l’uso di un congiuntivo (“se le dicessi che.. se trovasse effetti di...”), così condividendo il significato dei simboli , si determinano cambiamenti nei punti di visita dell’interlocutore per TRANQUILLIZZARE, INFORMARE, RESPONSABILIZZARE.

Sequenza di conversazione: DOMANDA-RISPOSTA-NUOVA DOMANDA[[45]](#footnote-45)

*Esperienza personale telefonica.:*

*“Dottoressa, mi sento strano, ho un pò di difficoltà a respirare . Ho preso una pillola per i dolori alle ossa , ma sulle istruzioni c’è scritto che può dare difficolta respiratoria.”*

*“Quando l’avete presa?”*

*“Tre ore fa , è la prima volta che la prendo, adesso va un pò meglio, però non respiro bene come al solito.”*

*“Va bene, ditemi dove abitate.”*

*“ io abito a … in via….ma io non voglio che veniate, perché già prendo troppi farmaci e non voglio nessuna terapia.”*

*“Sentite, io non posso agire per telefono. E se vi dicessi che è necessario che io vi veda e mi accerti di persona delle vostre condizioni?”*

*“Ma non possiamo fare per telefono? Io voglio solo essere certo che non mi succederà niente questa notte. Sono preoccupato.”*

*“Va bene, se vi dicessi che la medicina che avete assunto tra un’ora sarà concentrata per metà , e da allora in poi nel sangue circolante ve ne sarà sempre di meno? Vi sentireste più tranquillo?”*

*“Si ,ma non voglio assolutamente che veniate a casa .”*

*“D’accordo, adesso dobbiamo collaborare insieme, per il vostro bene. Tra qualche ora la medicina che avete assunto sarà completamente eliminata. Però ogni ora, a partire da adesso e per le prossime 4 ore mi dovete telefonare e riferirmi se la respirazione sta migliorando. Poi domattina, a turno finito , ci risentiamo. Se la difficoltà non si riducesse, mi chiamerete subito e anche se non voleste, sarò comunque in breve a casa vostra. Aspetto le vostre telefonate: se non chiamate voi, chiamerò io . Sono qui, e vi aspetto”*

**3)** TECNICHE DI COMUNICAZIONE EMPATICA-TROPICO-EMOZIONALE, che attraverso l’empatia emozionale, consentono al medico di porsi in condizioni di comprendere in modo attivo e percettivo anticipando e cogliendo i vissuti del paziente.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Processo Sociale | Atto linguistico | Processo Comunicativo | Modello Relazionale | Processo Neuropsichico |
| Tropico | Locutorio | Narrativo | EMPATIA EMOZIONALE  (immedesimazione) | AROUSAL |

E’ utile è per i soggetti FORTEMENTE CRITICI ( ruminanti deliranti), per gli avari, gli sballoni, gli apatici. Utilizza tecniche di TRANQUILLIZZAZIONE, COINVOLGIMENTO EMOTIVO, GRATIFICAZIONE, SOSTEGNO-

Il processo tropico (Masini pg 250 “Dalle emozioni ai sentimenti”) si fonda su uno SCAMBIO in cui gli attori sono secondari rispetto al coglimento del vissuto emozionale altrui, che viene colto ed anticipato in un’apertura empatica delle emozioni, in cui ci si immedesima.

SEQUENZA DI CONVERSAZIONE: ANTICIPAZIONE DEL VISSUTO-RISPOSTA-AFFERMAZIONE O DOMANDA.[[46]](#footnote-46)

*“Dottore, ho un problema”*

*“Cosa ti preoccupa? Raccontami tutto”.*

*“Qualche giorno fa sono andata dalle ginecologa , sapete , per il mio solito motivo, la candida , e poi mi ha fato fare pap- test, ecografia, e gli esami del sangue. All’ecografia delle ovaie c’è scritto “zona di disomogeneità , ed uno di questi esami, il CEA , è più alto . Per favore , mi dite che significa, cosa ho? Ho un tumore? Perché io sono ignorante , ma lo so che è una cosa che ha a che fare con i tumori. L’ho capito”.*

*“E′ un antigene che può essere piu alto nei tumori, ma anche in tante altre situazioni, anche nelle epatiti, per esempio, o in chi fuma.”*

*“….perché mio padre ha detto, ecco qua, prenditi tutti i soldi che vuoi , tanto quando andrò all’altro mondo mica me li porterò dietro, purché trovi un bravo medico, uno che ne capisce. E poi…”*

*“E poi le ovaie puoi pure levarle , hai due bellissimi figli, ringraziando Dio”*

*“Si , è vero, è proprio a questo che penso. Tanto, ho 44 anni, gravidanze non ne devo avere più “.*

*“Senti, adesso però pensiamo insieme a come risolvere questa situazione per il tuo bene. Questa zona di disomogeneità ad uno delle ovaie va approfondita, con un esame che vede dall’interno e preleva un pezzetto di tessuto per analizzarlo. Quando hai fatto l’ultima visita con eco?”*

*“L’anno scorso, e andava tutto bene.”*

*“Quindi, se pure vi fosse qualcosa, sarebbe all’ inizio, curabile e guaribile. Ti ha soddisfatto la visita della ginecologa?”*

*“No, non mi ha detto nulla sia quando ha fatto l’ecografia che quando ha visto gli esami del sangue, cea come diavolo si chiama, anzi mi ha rimproverata dicendo ero stata incosciente a fare terapia ancor prima di andare a farmi visitare da lei, e che non devo prendere iniziative. Poi mi ha consegnato la busta con i miei esami , e mi ha detto che ci vediamo a controllo tra 8 giorni, dopo che ho terminato la cura che mi ha prescritto per la candida.”*

*Scusa , ma tu eri preoccupata per quel valore più alto del normale , e per l’ecografia. Glielo hai detto ?*

*Macché , io le ho chiesto se ho un tumore , e lei mi ha ignorato. ”Ci vediamo tra 8 giorni”*

*“Ma tu le hai chiesto , in modo deciso, cosa dovevi fare , dopo ?”*

*“No, non gliel’ho potuto dire perché mi ha “liquidato “in tutta fretta.”*

*“Ti sei sentita morire quando hai visto quegli esami..”*

*“Si, sono tre notti che piango , tre notti e tre giorni , e penso sempre ai figli miei , e se muoio non li vedo più . E la grande , che è pure lontano, in Francia, col padre.. “ “Lo so come ti senti. E′ successo anche a me , sai? Dieci anni fa pensavo di avere un tumore , e quando ho visto quei valori così alti , ho preso l’auto e ho iniziato a guidare senza meta. Poi mi sono fermata, in uno spiazzo , e ho pianto tutte le lacrime del mondo mentre pensavo al mio bambino, ancora piccolo. Vuoi tornare dalla ginecologa ?”*



*“Veramente….,non vorrei. Non mi fa parlare, interrompe sempre ogni volta che apro bocca,, mi ha detto “qui le domande le faccio io “. Mi ha fatto sentire una ignorante, una che non capisce niente. Ma io che ne so, io mica sono un medico ? e poi… è la mia vita, non la sua.”*

*“Ascoltami, conosci un altro ginecologo?”*

*“Si., c’è quello che cura le mie sorelle, è bravissimo , specie a spiegare le cose.”*

*“Hai il suo numero?”*

*“Sì, è un’ottima idea, ci sto pensando da ieri. Domattina gli telefono e gli chiedo un appuntamento urgente.”*

*“Ti farai accompagnare da tua sorella?”*

*“Sì, anche se rimarrà fuori, perché lo sapete bene come è fatta, è una fifona.*

*Io invece sono burlona, e sdrammmatizzo, come quando l’ho accompagnata a fare la colonscopia: sapeste che bello, sembrava di stare dentro al televisore, si vedeva tutto enorme, tutto ingrandito. Madonna mia, ma dentro siamo fatti proprio così, così strani , con tutte queste “cose”?”*

*“Si, dentro siamo tutti così “strani”, come dici tu. Dentro abbiamo tutti le stesse “cose”. Adesso sento che sei un po’ meno preoccupata, vero?”*

*“Si, adesso va meglio. Negli ultimi tre giorni ho perso 10 anni di vita. Allora domani chiamo quel dottore e parlo con lui.”*

*“Fammi sapere , mi raccomando. E stai tranquilla. A tutto c’è rimedio , e sono fiduciosa che andrà tutto bene. Quel che c’è da fare , si farà . Come stai ,adesso?”*

*“Bene, mi sento sollevata. Sollevata e carica . Mi mangio il mondo.”*

…EMPATIA: è una sintonizzazione affettiva all’interno di una relazione che parte dalla RISONANZA (Emersione del vissuto, come emozione temporanea), fino alla IDENTIFICAZIONE con l’altro (corpo-psiche-spirito: ossia entrare nel vissuto dell’altra persona, non in una imitazione ma in uno SCAMBIO) e infine termina con l’ OGGETTIVAZIONE, per chiudere il processo (il soggetto cioè si DISTANZIA dall’altro)

La Differenza tra similitudine e affinità è che sono SIMILI coloro che si capiscono e si sentono capiti ,ma senza relazioni di scambio, invece sono AFFINI coloro che per SIMPATIA hanno caratteristiche complementari ,e ciascuno vede qualcosa di se all’opposto, cioè vi è una base ed un sentire comune, anche se l’altro ha qualcosa che non abbiamo e vorremmo possedere. Tuttavia vi sono anche le relazioni OPPOSITIVE, che sono quelle più difficili , quelle che vorremmo evitare , ma quelle che fanno crescere tramite uno sforzo elaborativo di spostamento dai nostri copioni.[[47]](#footnote-47)

INTERVENTI DI COUNSELING-TECNICHE E STRUMENTI.

Counseling è una relazione di aiuto che mediante ascolto, sostegno ed orientamento, si propone di costruire una nuova visione di tali problemi e attuare un piano di azione per realizzare le finalità desiderate dalla persona, tramite costruzione di relazioni di affinità ,ricalco del linguaggio del paziente, tecniche di aggancio , con l’obiettivo di modificare gli stati d’animo attraverso tecniche narrative tropico emozionali (empatia, analisi di storie di vita), tecniche dinamiche (esercizi e compiti a casa, simulazioni, scritture di lettere, uso della gestualità, dello sguardo, insegnamento delle strategie di difesa, e tecniche simboliche (ridecisione, riformulazione, ribaltamento, visualizzazioni, prescrizione del sintomo, ancoraggi..)[[48]](#footnote-48)

***5.6 SPUNTI DI RIFLESSIONE: COUNSELING , MEDICINA e NARRAZIONE.***

In realtà secondo un’ottica basata sull’evidenza , gli interventi medici in senso stretto necessitanti di mettere in azione la potente lucrosa macchina diagnostico-strumentale per fornire benessere al paziente sono all’incirca un 15%, ossìa un intervento chirurgico, un trauma , un infarto, che sono eventi che riguardano una minoranza dei casi e non certo la totalità di coloro che accusano qualche malessere , vissuto più o meno come tragico. Quindi solo un 15 % delle persone ha realmente bisogno di un intervento di Medicina dell’Evidenza, mentre il restante 85 % delle richieste di aiuto riguarda situazioni che non necessitano di questo approccio. D’altronde ciò è quel che accade nei Pronto Soccorso , ove viene seguito un protocollo standardizzato grazie al quale nel triage viene attribuito un codice che stabilisce l’eventuale gravità , dal codice rosso (tipico dell’emergenza urgenza , con pericolo di vita e compromissione di una o entrambe le funzioni vitali , cardiocircolatoria e respiratoria) a codice giallo, sino al verde e al bianco , che sono situazioni cliniche differibili in quanto non costituiscono pericolo per la persona. In questo senso occorre riflettere sul ruolo del medico , che deve stabilire e trattare la priorità e sia , nei casi meno gravi , agire allo scopo di prevenir il malessere promuovendo la salute con interventi di educazione alimentare, di correzione o prevenzione di abitudini voluttuarie dannose (fumo, alcool, dipendenza da stupefacenti), di mantenimento di un adeguato stile di vita allo scopo di prevenire le patologie dismetaboliche come il diabete, che oggi assume i caratteri di una vera e propria “epidemia” (condotta alimentare corretta, responsabilizzazione nell’adesione alla terapia, adeguamento ad una attività’ fisica compatibile e personalizzata): tutto allo scopo di prevenire patologie, controllarle qualora già instaurate, e comunque ridurre l’approccio farmacologico limitandolo solo ai casi strettamente necessari.

Prevenzione e counseling sono importanti in quanto il medico formato al counseling è in possesso di strumenti cognitivi e comportamentali e comunicativi idonei a promuovere la prevenzione della salute o , qualora non fosse più possibile, almeno l’adesione ad un range terapeutico con accettazione motivata dei cambiamenti che ogni malattia comporta, e , non ultimo, la adesione ad una comunicazione di sostegno – che è la più difficile\_ nei casi di prognosi infauste.

Un medico formato al counseling è in grado di relazionarsi con ogni paziente ed utilizzare la tecniche comunicative più adeguate al suo idealtipo che possono essere la tranquillizzazione, il sostegno ,il rimprovero, la gratificazione , il coinvolgimento , l’incoraggiamento, l’insegnamento..

Cio′ soprattutto nella cronicità delle patologie cardiovascolari , respiratorie , metaboliche, neoplastiche, psichiatriche, nella dipendenze da farmaci, sostanze psicotrope, alcool, droghe.

Ho più volte sottolineato la utilità –in tal senso –della medicina Narrativa , che (attraverso storie su medico e paziente di fantasia, o saggi per istruire il pubblico incoraggiandolo in adeguati comportamenti, o autobiografie di medici con storie che parlano di esperienze ed emozioni del medico , o storie pratiche da far leggere ad altri medici o allievi) racconta del rapportarsi del paziente con la sua malattia che sta alla base della sua sofferenza (sofferenza che la medicina “clinica” non considera ) , in una visione OLISTICA tipica soprattutto delle medicine alternative non convenzionali , che oggi paiono aver preso sempre più diffusione e consensi nel loro centrarsi intorno al fulcro dell’unicità della persona, intesa come un tutt’uno di corpo-psiche-anima, e non come la somma di singole parti.

La Narrazione UMANIZZA IL DOLORE e l’ESPERIENZA di esso , tramite un processo di PERSONALIZZAZIONE che consente appunto al paziente il recupero della sua centralità. Ciò è estremamente importante perchè spesso ciò che fa sì che il trattamento comporti la soddisfazione del paziente e la collaborazione alle cure è proprio la **sensibilità** del medico ad un approccio personologico, in cui la compliance alla terapia è motivata da un rapporto empatico e coinvolgente.

Come dice infatti Haynes in uno studio “compliance in Health care “ ,“in gran parte delle malattie croniche l’adesione ai regimi terapeutici è scarsa per una scarsa capacità comunicativa del medico “ e per la presenza sempre maggiore di pazienti molto informati sulla propria patologia, diagnosi, terapie migliori , grazie alla diffusione dei media e dei mezzi informatici di comunicazione. In questa ottica collaborativa, anche il comunicare una diagnosi necessita anzitutto di aver chiaro ciò che il paziente sa della sua malattia, cosa si aspetta, di cosa ha paura, nonchè il rapporto con la famiglia e come questa si relazioni alla malattia del congiunto , in una contrattazione spesso drammatica o in un processo di proiezione o negazione o scissione.[[49]](#footnote-49)

Per esperienza personale ho avuto spesso modo di venire a contatto con pazienti oncologici in fase terminale i cui familiari stretti ( mogli, mariti, figli ) mi esibivano documenti medici inequivocabili senza che nessuno avesse comunicato loro la effettiva gravità , e nel dover purtroppo spiegare loro, con grande delicatezza, ciò che altri sanitari avevano omesso per difficolta comunicative, mi sono fermata a domandarmi: Ma cosa mi sta chiedendo questa moglie , o marito, o figlio ? Cosa è in grado di conoscere , e cosa non? Ecco quindi l’importanza della narrazione , attraverso l’ascolto dei sentimenti, dei desideri, delle aspettative, in una comunicazione che non è univoca ma scambievole poiché prende e dà , prende informazioni e restituisce informazioni , allo scopo di promuovere la relazione .

Ad esempio, nelle patologie psichiatriche ( di depressione ho già parlato precedentemente ) espressione di conflitti interiori , come è di aiuto il counseling nell’ansia o nei disturbi convulsivi o negli attacchi di panico o nella sindrome ansioso-depressiva?

Nell’ANSIA vi è un conflitto di EQUIVOCO TRA LA RABBIA e l’ADESIVITA′, quindi tra la carica interiore e il bisogno di riconoscimento . (e parliamo non di quell’ansia positiva utile nella messa in atto delle risorse necessarie a fronteggiare un’emergenza reale, bensì di quell’ansia generalizzata, non reattiva , che ostacola il benessere della persona limitandone fortemente la vita e le relazioni): pertanto poichè -come dice Masini nelle dispense “depressione e counceling”- l’antidoto all’equivoco è il RICONOSCIMENTO , occorre – se si vuole creare una relazione umana terapeutica- che il medico RICONOSCA con empatia il disagio della persona utilizzando una comunicazione tranquillizzante allo scopo di spegnere l’eccesso di carica ansiogena.[[50]](#footnote-50)

NEL DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO vi è un conflitto EQUIVOCO-INSOFFERENZA , e poiché l’antidoto all’equivoco è il RICONOSCIMENTO e all’INSOFFERENZA è la DISPONIBILITA’ - come dice Masini - il medico può aiutare riconoscendo il disagio e mostrandosi disponibile ( prima di uscire di casa chiudo il gas, poi ho bisogno di riaprire la porta per ricontrollare , e di nuovo , controllo , e daccapo , un in una compulsione , che riconosco ma che non che riesco ad interrompere.[[51]](#footnote-51)

Dice Masini , che il medico può dire “capisco, accetto questo comportamento, ma potreste contare fino a tre e ripetere “adesso chiudo il gas “, poi fino a tre e ripetere “ho gia chiuso il gas , infine contare fino a tre e ripetere” sono fuori casa già in macchina “)-

Negli attacchi di PANICO( FASTIDIO, antidoto INTEGRAZIONE ) il counseling può essere utile se il medico mostra di condividere le sensazioni del paziente[[52]](#footnote-52) ma gli insegna a respirare in un sacchetto di carta , neutralizzando la sensazione di stare soffocando tramite la visualizzazione dell’atto del respirare che viene visto come se fosse esterno al corpo (se respiro in un sacchetto di carta che si riempie e si svuota della mia aria, posso rendermi conto che sto respirando e non soffocando).

Nella S. ANSIOSO-DEPRESSIVA vi è alla base la DELUSIONE (ad esempio se la persona amata o una certa situazione non è come la si aspettava) e l’antidoto è la complementarietà.[[53]](#footnote-53)(*ricordo molti anni fa una giovane donna che aveva iniziato a manifestare tali sintomi dopo aver scoperto che il compagno non voleva avere figli , a differenza di lei , la cui delusione aumentava sempre più dopo ogni litigio perchè , avendo immaginato la vita in un certo modo, si sentiva delusa e triste , pensando che quella relazione fosse per questo fallimentare. Nel corso di vari colloqui discutemmo molto sul fatto che lei, , comunque , anche senza un secondo figlio - avendone già uno dal precedente matrimonio- era una persona valida in grado di raggiungere moti traguardi importanti nella sua vita: riflettendo sul fatto che era comunque una persona intelligente e capace (COMPLEMENTARIETA′), mi confidò che aveva desistito dalla sua richiesta al compagno , e ne era derivato un miglioramento del clima relazionale familiare, che l’aveva portata ad ridurre sensibilmente l’uso dei farmaci).*

E NELLE NEOPLASIE ? IN CHE MODO IL COUNSELING AIUTA? Anzitutto occorre parlare della correlazione tra tumori e psiche , sia nel senso che fattori stressanti possono contribuirne all’insorgenza, anche per il ruolo di comportamenti che sono fattori di rischio (fumo, alcool , alimentazione), sia nel senso che fattori psicologici siano implicati nella reazione alla malattia e nella sopravvivenza.

Lo stress cronico può interferire nei meccanismi difensivi antitumorali riducendo numero e azione delle cellule natural killer e modulando fattori di resistenza genetica. Non solo , ma l’impatto con la diagnosi di malattia porta in una altissima percentuale dei casi , a disturbi mentali che non solo solo legati alla sofferenza psichica , alle procedure, all’incertezza della diagnosi, agli effetti collaterali di chemio e radioterapia : ciò si verifica anche in quei tumori a evoluzione favorevole tipo il linfoma di Hogdkin o il tumore mammario .

Ecco perché , a parte la terapia farmacologica, l’assistenza psicologica al malato di cancro non richiede solo uno psichiatra o psicologo , ma che siano esperti in counseling oncologico , per il supporto alla persona e ai familiari. Ho avuto modo di constatare personalmente come molti pazienti oncologici sviluppino forme di aggressività e psicosi reattive , che aumentano il senso di solitudine e abbandono anche di chi ruota intorno al malato, e che una reazione psicologica - per carità, comprensibilissima - di chiusura e rassegnazione ne abbrevi il decorso, mentre al contrario particolari caratteristiche di personalità o modi di reagire alla malattia prolunghino la sopravvivenza nonostante la prognosi infausta a breve termine.

Il counseling aiuta tramite il **sostegno** , che è una comunicazione di accompagnamento concreta e umile che si basa sull’espressione dei propri immaginari di morte sempre nel rispetto dell’umanità e della dignità della persona, perché spessissimo i familiari simulano una serenità che costringe al silenzio impedendo alla persona di accettare ed elaborare il pensiero della propria morte.

*Ricordo moltissimi anni fa un signore affetto da carcinoma ascessualizzato delle vie biliari, signore al quale le figlie mi avevano proibito di dire la verità sul suo male in un tentativo amorevole di difesa e di negazione del dolore, e questa situazione mi creava apprensione per il clima di finzione che si respirava in quella stanza , acclarato dall’espressione terrorizzata delle figlie, sul cui viso si leggeva già la fine imminente del loro congiunto . Questi però aveva già capito la gravità del suo male , e me lo aveva pure accennato di averlo, oramai, capito.. Il counseling fu di aiuto a me, medico: per aiutare me stessa ad accompagnarlo verso la morte, scrissi infatti una poesia .*

*Le mani raccolgono*

*polvere d’aria*

*in una stanza viola,*

*mentre il giorno*

*veste di luce il respiro*

*d’un cuore spaccato,*

*e brillano lacrime*

*di parole non dette.*

*Finiti ormai*

*i passi tuoi*

*su ciottoli di pietra.*

*Non parlare.*

*T’aiuterò ad andare.*

E ricordo la rassegnazione e l’accettazione di mia nonna che, incapace oramai di parlare, minata da un tumore allo stomaco , mi guardò e simulò con le mani il volo di un uccello , per salutarmi e dirmi che andava via. Quella notte, morì . E quello fu il suo saluto.

E ricordo , infine , un signore anch’egli affetto da patologia tumorale , che non riusciva a morire, continuava a non alimentarsi e a non bere ma non moriva , e la moglie mi chiamava sempre per domandarmi quanto gli rimanesse da vivere, sconcertata e addolorata. Era un signore , da tempo pieno di metastasi , e ormai più che prossimo alla fine, ma che non riusciva a morire, contro ogni logica, ogni prognosi, ogni evidenza medica .Un giorno addirittura volle salutarmi, e mi ringraziò, con una grande tristezza e rassegnazione, dicendo: “ringrazio tutti, ma proprio tutti, e soprattutto voi, che siete sempre corsa ad aiutarmi, ma anche gli altri, disponibili, presenti. Vi ringrazio, ma ho capito che per me ormai non c’è più niente da fare . Il male è più forte di tutto. Perciò vi prego , non insistete, lasciatemi stare, lasciatemi andare in pace ….”, mentre la moglie piangeva a dirotto , e lui stava lì , col grande coraggio della sua umanità. Ecco , questo signore aveva accettato la malattia, aveva accettato il lutto , e nonostante la prognosi infausta, continuava a sopravvivere.

In questi casi , in cui il medico è ormai impotente , il counseling è di estremo aiuto nell’accompagnare con umanità la persona che soffre, nel suo ultimo viaggio.

NARRAZIONE, COUNSELING e MAL.CARDIOVASCOLARI. Un approccio al counceling è fondamentale per la prevenzione in cardiologia poiché il rapporto tra psiche e cardiopatia è uno degli argomenti molto studiati (la personalità del cardiopatico e infartuato è quella di un soggetto energico, rabbioso, impulsivo, tormentato, perfezionista , così come i disturbi del ritmo si associano all’ansia , alla depressione e all’ipocondria,) (vedesi allegato su stress psicologico , personalità D e rischio cardiovascolare –Dott.Paolo Fontana ) per cui, come per altre patologie, emerge la relazione tra patologia e psiche in base alla persona , con le stesse tecniche e modalità della medicina narrativa: rassicurare il cardiopatico ansioso, incoraggiare lo spaventato, informare colui che dubita, incoraggiare chi ha paura, sostenere il depresso, con le usuali tecniche che Masini riporta in “counseling medico e cardiopatie”, cioè silenzio, ascolto, comunicazione dinamica narrativa, simbolica, rimprovero, incoraggiamento, sostegno, gratificazione, gruppi di incontro, accoglienza, autobiografia.

Occorre comunicare con linguaggio adeguato , ad es. il paziente non sa cosa è la riserva coronarica o la frazione di eiezione o i volumi telediastolico e telesistolico , ma vuole solo sapere come sta, se può continuare la vita precedente o no, che limitazioni avrà, cosa può ancora fare, cosa non può fare più : comunicazione quindi coerente, modulata, personalizzata, accettabile.

Se dico ad un cardiopatico già infartuato che deve smettere di fumare , devo comunicarglielo in modo chiaro e inequivocabile, e essere certa che abbia compreso: in tal senso la narrazione serve a intervenire sul problema di negazione dei fattori di rischio attraverso la necessità di fare prevenzione secondaria , e sia sulla richiesta di essere seguiti anche dopo la dimissione tramite follow- up.

Così , per fare un ulteriore esempio , nelle broncopatie croniche il counseling medico fa comprendere al paziente meglio il proprio stato di malattia, cioè lo educa a quei comportamenti preventivi e terapeutici volti a migliorare il sintomo, la qualità della vita , a prevenire le complicanze , ad accedere alle cure in breve , ad ottenere un calo dei ricoveri impropri. In genere ciò si ha in tutte le malattie croniche , in cui il paziente può essere consapevole, o delegare ai familiari , o avere serie difficoltà accettative.

**NARRARE PERCHE′?** **Per andare oltre**, perché come dice Masini nel cap. 4 del libro “Medicina Narrativa, in questo momento epocale nel quale si assiste ad un sempre maggior chiusura relazionale e a un sempre maggior aumento dei conflitti , con sempre minor empatìa (e sempre più problemi per “eccesso di vita mentale” ) narrare significa andare oltre, sia alla razionalità che al coglimento empatico.

Quindi è importante sia **l’EMPATIA COGNITIVA** che “costruisce un significato che può essere discusso e negoziato” che **l’EMPATIA AFFETTIVA** che “conduce all’accettazione dell’altro”, e dall’una si può passare all’altra: dall’empatia cognitiva all’affettiva “partendo dalla condivisione di simboli “ (purchè ci si liberi da eccessi di proiezione ed immedesimazione) , e dall’affettiva a quella cognitiva “quando la narrazione diventa testimonianza “. Occorre però fare attenzione a non confonderle giacchè la narrazione che si basa sull’empatia cognitiva NON GARANTISCE IL COINVOLGIMENTO UMANIZZANTE, **perché” bisogna costruire la relazione sul lsentire ( e non sul capire) il divario tra il categorizzare la sofferenza in schemi cognitivi e il coglimento empatico del vissuto del paziente “[[54]](#footnote-54)**

**SCRIVERE: PERCHE′** ? perché è come **dipingere[[55]](#footnote-55)**: prima si attinge dalla parte posteriore del cervello, dove si costruiscono le immagini e al lobo parietale, dove esse si immagazzinano , poi le immagini vengono rievocate dalla memoria (ippocampo), e mentre cerchiamo di ricordare tutte le caratteristiche e i particolari di quella immagine , nel frattempo i neuroni vanno incontro a processi alterni di attivazione e disattivazione, e partono segnali da tutte quelle parti del cervello che sono collegate a quelle immagini, uditive, tattili, visive . Così , tutte le volte che immagazziniamo un ricordo , quella “memoria” resta impressa nei relativi circuiti nervosi che –a seconda della situazione –liberano Dopammina ( piacere), Adrenalina (paura), **o**rmone corticotropo (stress).[[56]](#footnote-56)

E ancora “**scrivere circa tali memorie emozionalmente cariche , anche per alcuni minuti al giorno , può essere terapeutico (..), ”scrivere su un evento stressante può interrompere il flusso degli ormoni di sforzo che nuocciono al sistema immunitario e conducono alla malattia**.”[[57]](#footnote-57)

**CAPITOLO VI**

**INTERVENTI DI COMUNICAZIONE** :

1. **RIMPROVERO, RESPONSABILIZZAZIONE:** è una comunicazione che ingiunge, centra l’obiettivo, non enfatica ma ferma, decisa, forte.

Chi sa rimproverare bene? L’AVARO.

A chi è diretta? A SBALLONE E APATICO, per cui io medico che mi trovo davanti un paziente incoerente e volubile, effervescente, tutto preso dalla sua ricerca del piacere - che sia dipendente da droga o alcool - per riconoscere le conseguenze di un suo comportamento superficiale, debbo mettermi nella posizione dell’avaro rimproverandolo , affinchè si stacchi dal suo comportamento, e allo stesso modo debbo usare una comunicazione di rimprovero anche per l’apatico che non fa nulla per la sua salute , affinchè , nella sua indifferenza ad ogni emozione e partecipazione, si smuova dalla sua quiete e si vergogni del fatto che non si impegna per il suo benessere.

Non debbo invece rimproverare il paziente invisibile , che – rimproverato\_si sentirebbe così ancor più al centro dell’attenzione e proverebbe ancor più vergogna di quella che già prova , né il delirante, che , se rimproverato, si sentirebbe ancor più incompreso. Né il rimprovero serve al paziente arrabbiato, polemico , cioè al ruminante , che anzi aumenta la sua carica , né al paziente adesivo , che si affanna ancor più nel suo bisogno di affetto ,e nè tanto meno all’avaro, che si rinforza nella sua chiusura.[[58]](#footnote-58)

L’obiettivo di responsabilizzare si ottiene attraverso “medical fiction “o “lay exposition”, cioè creazioni di fantasia o saggi per istruire, attraverso cui si può indurre il paziente a riflettere, a meditare sui motivi della suo essere irresponsabile.

1. **INCORAGGIAMENTO-IMPEGNO**: è una comunicazione carica , energica, mirata, precisa, esclusiva, nel senso che non si può incoraggiare e rimproverare o comunicare altro , se non in due tempi distinti .

Chi sa incoraggiare? IL RUMINANTE , grazie alla sua carica interna.

A chi è diretta? All’APATICO , perchè l’incoraggiamento lo sposta verso l’azione (“forza, avete raucedine da due mesi ? Dovete andare subito dall’Otorino , ADESSO “) , e all’invisibile, perché questi , chiuso nella sua introspezione , nella sua timidezza , nel suo sentirsi inferiore , se viene incoraggiato con modalità adeguata, si sposta verso l’impegno , verso un anche piccolissimo successo che poi serve al medico per far leva onde ottenere un ulteriore piccolo spostamento , di cui la persona possa riconoscersi il merito ( lo vedi che sei capace di dosare l’insulina ?)

Ovviamente essere incoraggiato non serve nè all’avaro, che già ha ben chiari i suoi schemi, né al delirante e ruminante , che ne vedrebbero rinforzati i copioni , e neanche ad adesivo e sballone ( a meno che l’incoraggiamento non si associ ad una comunicazione emotiva , ad esempio nell’ alcolista che trova nel bere la sua motivazione , che sia per coinvolgersi nel gruppo o per essere più disinvolto e spigliato o altro , si può dire “ tu ce la fai a smettere, ma hai bisogno di essere aiutato “).

Comunicare un incoraggiamento ad intraprendere un comportamento positivo per la salute o a smetterne uno negativo può esplicarsi nella “autobiografia , che consente di comprendere i processi di meditazione intesa come scrittura mentale, finalizzati a tener fermo sulla carta il proprio riconoscimento.[[59]](#footnote-59)

**3)** **INSEGNAMENTO** : cioè far prendere coscienza, far ragionare, far riflettere.

Chi sa insegnare: il DELIRANTE .

A chi è rivolta questa comunicazione: All’ADESIVO , perché insegnargli lo apre alla realtà (ad esempio il paziente che si affanna perchè teme di non saper gestire il dosaggio di un farmaco importante, tipo il coumadin ) e all’INVISIBILE , perché informarlo lo sposta verso l’apatico (ad esempio il diabetico che si vergogna delle sue ulcere: ”Eh che sarà mai! Ho visto ben piaghe peggiori! La tua ulcera è come un granello di sabbia in una spiaggia di ulcere.[[60]](#footnote-60)

Infatti “la funzione della comunicazione informativa è euristica perchè l’offerta di un simbolo può porre il ricevente alla giusta distanza e produrre una liberazione dai pregiudizi , per mettere in discussioni le precedenti impressioni, convinzioni o condizionamenti “.[[61]](#footnote-61)

**4) COINVOLGIMENTO**: come dice V. Masini (pg 163 “dalle emozioni ai sentimenti”), coinvolgere “ha lo scopo di aprire l’altro alla percezione di sensazioni e alla sperimentazione di emozioni “.[[62]](#footnote-62)

Chi sa coinvolgere? lo SBALLONE

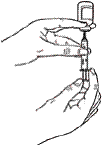
A chi è diretta: ad ADESIVI e AVARI , quindi io medico che mi trovo davanti ad un paziente adesivo debbo “Sballare” per coinvolgerlo verso la sensibilizzazione dell’invisibile , e se ho un avaro perchè lo sposto verso l’impegno staccandolo dal suo copione di rigido controllo. Ovviamente non debbo coinvolgere l’invisibile, perché ne aumenterebbe l’invisibilità , né tantomeno il ruminante , per il quale una comunicazione coinvolgente sarebbe un ulteriore rinforzo alla carica attivante che già possiede di suo.[[63]](#footnote-63)

**5) TRANQUILLIZZAZIONE**: ha lo scopo di spegnere le tensioni assorbendole senza restituirle, perché parte dall‘ assoluta calma dentro di sé, giacché la posizione dell’APATICO, in quanto portatore di pace, calma l’ ansia dell’avaro (COMPLEMENTARIETA′) e la tensione del RUMINANTE (MEDIAZIONE). E ′una modalità che uso spesso giacché buona parte dei pazienti che afferiscono al mio servizio sono ansiosi - avari spinti da controllo oppure ruminanti mossi dalla rabbia , per cui devo pormi in relazione coi primi di complementarietà (che significa essere consapevoli del fatto che ciascuno fa cose che l’altro non può fare)- come antidoto alla delusione , e con i secondi in relazione di mediazione (che significa trovare un accordo negoziando, modulando le energie per progredire insieme, trovare un compromesso negoziando sulle posizioni up e down moderando il rifiuto o l’accettazione per un bene comune) -come antidoto all’incomprensione- (Mediazione e complementarietà sono diversi perché nella complementarietà si scambiano i ruoli cioè tra apatico e avaro c’è più controllo e ognuno può essere up o down a seconda delle persone e del contesto sociale, e ciascuno nello stesso momento può essere up e down in rapporto a soggetti diversi. Sono persone con forte identità, non vulnerabili alla delusione perché non hanno aspettative sull’altro)

Complementarieta’ (AP.AV)….Antidoto alla Delusione

Mediazione(AP-RU)………..Antidoto all’Incomprensione(AV-IN)

Ad esempio uso molto la tranquillizzazione nei bambini ansiosi spaventati, che hanno bisogno di rassicurazione , ma anche di coinvolgimento affettuoso , invitandoli ad interessarsi di qualcosa che necessita delle loro attenzioni ( quei bimbi impauriti dalle iniezioni, ai quali ai quali dico , mentre la mamma sostiene che non sentiranno dolore, che non è possibile una iniezione senza dolore , però il mio è un dolore piccolo perchè uso aghi molto speciali e poi una pomata che addormenta il dolore . Magari sposto l’attenzione del bimbo su un oggetto a lui caro, tipo un bambolotto che sta a terra, visito anche il pupazzo , lo infilo sotto le coperte perché pure lui, stando a terra , “si è ammalato”: e alla fine tante volte mi sono ritrovata a fare l’iniezione anche al bambolotto , al quale metto la mia pomata magica e un bel cerotto colorato ( a bambino e pupazzo !!!)



Dice Masini , infatti , ,”la metodologia narrativa tranquillizzante è quella del suggerimento , mai conclusivo, che tende a far vedere un nuovo oggetto proponendolo direttamente all’inconscio dell’altro.. usando associazioni, potenzialità e meccanismi mentali naturali..”[[64]](#footnote-64)

La metodica di tranquillizzazione non serve nè all’apatico, che è già calmo di suo e verrebbe rinforzato nella sua apatia, dando gli una scusa ulteriore per continuare a non agire , e né serve allo sballone perché lo prepara ad una nuova eccitazione (invece va rimproverato), né all’invisibile perché lo farebbe sentire ancora più invisibile di quanto già non sia ( va invece incoraggiato); tranquillizzare serve poco anche al delirante , che è tutto perso nel suo mondo “mentalizzato“ tanto da non essere in grado di gustare la calma, e neanche all’adesivo , perché non serve a saziarne il bisogno di affetto e di riconoscimento.[[65]](#footnote-65)

**6)** **COMUNICAZIONE GRATIFICANTE**: consiste nel mostrare” apprezzamento allo scopo di far entrare le persone a contatto con la parte positiva di se “ .

CHI SA GRATIFICARE meglio è l’ADESIVO, ed è una comunicazione diretta a DELIRANTE e SBALLONE, perché entrambi, sia il dissociato- mentalizzato paziente delirante e sia il superficiale- sballone necessitano di sentirsi importanti ed apprezzati allo scopo “di prendersi cura di se “..ottenendo riconoscimento delle proprie qualità e dandogli il massimo di importanza. Questa comunicazione è assolutamente indispensabile nel momento in cui il paziente deve fare una scelta in funzione di se stesso”[[66]](#footnote-66)

**7)** **IL SOSTEGNO**: sostenere significa comunicare in silenzio, in modo umile, concreto accompagnando con discrezione, senza essere palesemente visibile.

CHI SOSTIENE : l’ INVISIBILE

A chi è rivolta: al RUMINANTE, DEPRESSO, DELIRANTE-.

Importante è la comunicazione di sostegno al paziente che è di fronte a una prognosi infausta o alla morte. Essa deve basarsi sulla capacità che possiede il medico di elaborare il proprio immaginario e senso di lutto e morte per poter essere in grado di sostenere il paziente nel suo senso di vuoto, stupore, incredulità , indignazione, contrattazione , depressione, aggressività , desiderio di suicidio, fino all’accettazione.[[67]](#footnote-67)

Paradossalmente oggi morire è un tabù , che viene rimosso dall’immaginario collettivo in un accanimento terapeutico esagerato e comunque traumatico e disumanizzante , perché fa i conti con la mancanza del senso dei propri limiti, della nostra vulnerabilità umana. Come dice D. Troiani, la stessa consuetudine di ospedalizzare il moribondo è un mezzo per allontanare simbolicamente il dolore, il lutto , procrastinandolo , senza dargli la giusta collocazione in un mondo che invece evita e nega. Evita di prender coscienza del fatto che tutti prima o poi dobbiamo morire , e nega che arriva un momento in cui la vita finisce. Un tabù , rinforzato dal dolore del distacco per chi muore e per chi rimane, in un mondo attuale in cui il dolore si rifiuta, si rimuove, si nega. Infatti, non bisogna dimenticare che la persona che sopravvive ad un lutto necessita di un tempo variabile per elaborarlo e confrontarsi col cambiamento che il lutto comporta , e imparare ad accettare la nuova realtà. Ma soprattutto il morente ha bisogno di tempo per accettare la realtà , perché “dopo un primo momento di smarrimento e negazione, avrebbe magari bisogno di narrare la propria angoscia o potersi confrontare sui propri dubbi , desiderio che cade nel vuoto dal momento che familiari e medici simulano una serenità che costringe al silenzio , impedendo alla persona di accettare e rassegnarsi all’inevitabile , o al contrario l’eccessiva ricerca di chiarezza di alcuni familiari mette la persona malata di fronte ad una verità che non è ancora pronta a contrastare”[[68]](#footnote-68)

Come dice Gianna Schelotto,“Ogni colpo di remi allontana il barcaiolo dalla riva e lo avvicina alla riva opposta , ogni istante che viviamo ci strappa dall’istante appena vissuto , la vita umana è conquista, creazione, crescita, distacco. Nel DISTACCO, vissuto come PERDITA , avvertiamo un senso di disturbo minaccioso, una disarmonia. Di fronte a tutto questo ci si può abbandonare alla deriva o individuare una direzione e remare.. Accettare che si vive e cresce solo attraverso piccole e grandi SEPARAZIONI è un modo per governare la barca...forse l’ unico. Il dolore, appena la ripresa si avvìa, rafforza e rende ogni scelta più decisa ed essenziale. Tutto si rinnova: le relazioni, i comportamenti, le idee. Nel corso del lutto i rapporti che erano fragili e fittizi si disgregano , quelli profondi ricevono nuova linfa. Proprio come dopo un uragano , si fa la verifica dei danni , e si ricomincia la ricostruzione da quel poco che è rimasto in piedi , dalle cose più stabili e forti. Si può morire con chi è morto, o vivere a metà , o come suggerisce il poeta, reimbarcarsi con i propri remi rotti “.[[69]](#footnote-69)



***6.a STILI DI SCRITTURA IN MEDICINA NARRATIVA***

Secondo Rita Charon[[70]](#footnote-70) vi sono :1. Medical Fiction, ossia storie inventate su pazienti e medici;

2. Lay exposition, cioè storie che consentono al paziente di effettuare cambiamenti per il suo benessere;

3. Medical Autobiography, che i medici possono scrivere sulla propria storia personale, paure, timori, errori, ecc.

4. Stories from practice , cioè storie pratiche scritte da medici affinchè vengano lette da altri colleghi.

5. Writing exercises of medical training, cioè gli allevi in formazione scrivono storie di riflessione sui vissuti di malattia per aprirsi verso i racconti dei pazienti , per aprirsi all’empatia.

***6.b******METODOLOGIE NARRATIVE.[[71]](#footnote-71)***

Abbiamo precedentemente più volte riferito che gli interventi di comunicazione sono la responsabilizzazione, l’incoraggiamento, l’insegnamento, il coinvolgimento emotivo, la tranquillizzazione, il sostegno, la gratificazione.

**1) L’OBIETTIVO di RESPONSABILIZZARE** si raggiunge tramite il racconto di storie, che sono **medical fiction** (storie inventate) e **lay exposition** (saggi per istruire), con le quali-tramite la narrazione di rimprovero- si costruiscono delle storie che vengono proposte al paziente allo scopo di attivarne un’azione, un comportamento , o comunque la modifica di un comportamento, , tenendo ben presente l’ accortezza di non narrare utilizzando troppe metafore perché la storia raccontata , affinché sia efficace , deve essere semplice, diretta , mirata . Solo così si raggiunge l’obiettivo che ci si propone , che è cioè quello di responsabilizzare i pazienti irresponsabili e superficiali.

**2)** **L’OBIETTIVO di INCORAGGIARE** si raggiunge tramite l’**autobiografia**, perché raccontandosi , l’esperienza diventa testimonianza e quindi motivazione per il cambiamento. *Responsabilizzare - rimproverare e incoraggiare non sono sinonimi*: essi differiscono perché nella responsabilizzazione il medico viene coinvolto nella storia , mentre nell’incoraggiamento il nucleo è il paziente che narra la storia , che viene motivato e incoraggiato affinchè cambi.

**3 )** **L’OBIETTIVO di INSEGNARE** si raggiunge tramite le metodologie narrative di **analisi della conversazione e del dialogo e simboli**, perchè in questo modo, analizzando la conversazione si giunge alla conoscenza equilibrata di sè e dell’altro , perchè non si può essere né troppo partecipi e né eccessivamente distaccati , ma occorre un equilibrio (“la **conoscenza-**dice Masini a pag 227 di “Medicina Narrativa, Franco Angeli Editore – è **l’equilibrio tra** **coinvolgimento e distacco** ..e richiede lo sviluppo di due caratteristiche : l’analisi per rintracciare i problemi nelle varie componenti , e la sintesi , per elaborare una coerente rappresentazione del problema..”)

Scrivere quindi una conversazione ed analizzarla ci permette di soffermarci sui non detti, sui detti , sui silenzi , sulle sovrapposizioni , sulle metafore (che liberano dai pregiudizi ).

**4**) **L’OBIETTIVO di COINVOLGERE EMOTIVAMENTE** si raggiunge attraverso la metodologia narrativa dei **focus group** : ossìa la partecipazione a gruppi , e , tramite precise domande , la persona viene coinvolta e spostata dalle precedenti convinzioni , facendo in tal modo emergere aspetti nuovi , opinioni , pregiudizi , pensieri , riflessioni , domande , zone d’ombra da approfondire.

5**) L’OBIETTIVO di TRANQUILLIZZARE** si raggiunge attraverso la metodica narrativa del **suggerimento**, “mai conclusivo , che tende a far vedere un nuovo oggetto , proponendolo direttamente all’inconscio dell’altro” e l ‘’**ipnosi** “ che non è altro che una tecnica comunicativa che libera l’inconscio dal dominio della coscienza “-

Dice in particolare Masini a pg 113 del libro “Medicina narrativa, Franco Angeli Editore , che una forma particolare di comunicazione è la tranquillizzazione , che utilizza sia l’approccio dinamico che simbolico che narrativo , infatti per tranquillizzare occorre : a) saper modificare lo stato d’animo dell’altra persona, ingiungendole di spegnersi (dinamica) ,b) spiegare perché deve spegnersi (simbolica) , c) proporre un racconto di spegnimento contenente ulteriori metafore rinforzanti anche tramite l’invito a usare posture o respirazione particolari (dinamica), d) apertura emotiva verso la comunicazione di spegnimento (narrativa) . Se il paziente accoglie , e si tranquillizza, , avremo una relazione di complementarietà-integrazione , in caso contrario , di fastidio-logoramento.

*Esempio : vi era una paziente che tutte le notti chiamava per precordialgia, ma appena giungevo a casa la trovavo tranquilla , senza alcun sintomo cardiologico . Era semplicemente molto ansiosa , e quando arrivavo presso la sua abitazione aveva già assunto i soliti* *tranquillanti per cui non c’era bisogno di alcun intervento “propriamente medico“. Un giorno, dopo l’ennesima telefonata “correte , presto , sto male , ho un attacco cardiaco e sto morendo ! “ le dissi le seguenti parole : “capisco che siate preoccupata, ma ciò che avete non ha nulla a che vedere col cuore. Dovete smetterla di chiamare continuamente , perché state facendo come il famoso pastorello della fiaba che gridava sempre “al lupo, al lupo”, e nessuno lo credeva perché il lupo non c’era. Ma quando poi il lupo è arrivato per davvero , non lo ha creduto nessuno. Voi fate come quel pastorello . L’anno scorso c’era un’ altra signora che , come voi , chiamava senza reale bisogno , e quando l’infarto l’ha avuto davvero,, nessuno l’ha creduta . Ed è morta , purtroppo. Quando andate in ansia, distraetevi , accendetevi la televisione , occupatevi in altro , e se poi l’ansia non dovesse passare , potete chiamarmi . Pensateci. Io capisco la vostra preoccupazione , e sono qui ”. La signora successivamente iniziò per fortuna a diradare le allarmanti richieste di intervento urgente , e adesso in realtà non chiama più, se non sporadicamente , e soltanto per telefono , per tranquillizzarsi*.

6) **L‘OBIETTIVO di GRATIFICARE** si raggiunge attraverso **schede di ambiente o riassunti di dinamica relazionale –**

**7) L’OBIETTIVO di SOSTENERE** tramite **lettere.**

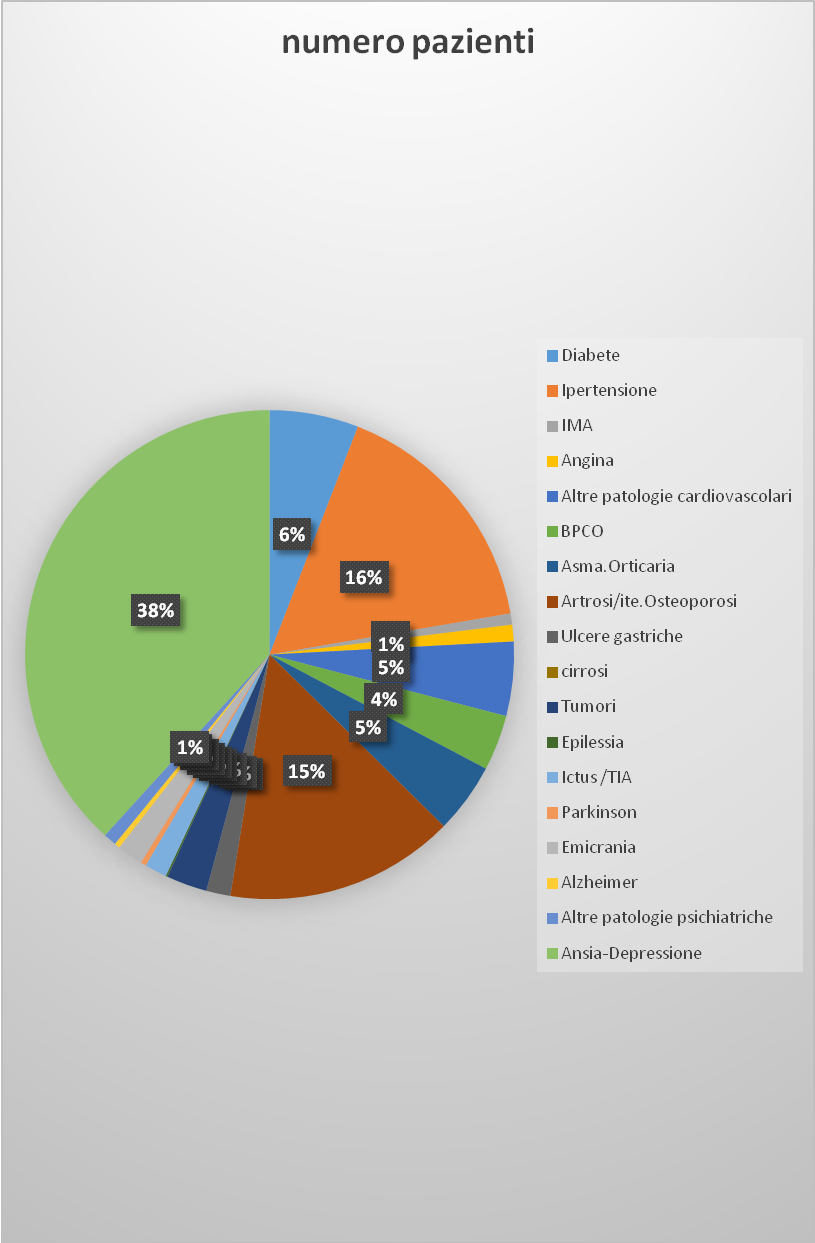
**CAPITOLO VII**

**ESPERIENZA PERSONALE .**

Sono un medico di continuità assistenziale , e non ho modo , proprio per le caratteristiche del mio lavoro ( che implica contatto spesso discontinuo con le persone ) di effettuare una casistica su una malattia in particolare , né d’altronde vi è possibilità di avere a disposizione dati annuali o decennali sulle utenze , mai raccolti fin’ ora. Tuttavia , utilizzando il registro presenze dei pazienti afferenti al mio servizio , ho potuto creare una mia personale piccola casistica che abbraccia gli interventi di continuità assistenziale negli ultimi sei mesi , dal 01-12-2014 al 31-05-2015 , per un totale di 2158 pazienti visitati.

Da tale numero sono stati sottratti 1345 interventi riguardanti patologie acute (influenza , faringiti , otiti, gastroenteriti, coliche addominali, coliche biliari, coliche renali, medicazioni, suture di ferite, terapie intramuscolo e sottocute su richiesta; in tale gruppo rientrano 7 casi di sovradosaggio accidentale di farmaci, 10 fratture, 8 traumi cranici, due fratture femore con reliquati, 15 traumi da caduta con scarsi esiti): il restante numero è di 816 persone in 6 mesi, affette da patologie croniche, ripartite nel seguente modo (Totale 816 pazienti).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Patologie** | **N° pazienti** | **Percentuale** |  |
| DIABETE | **48** | **5,8%** |  |
| **IPERTENSIONE** | **134** | **16,4** |  |
| **IMA** | **6** | **0,73%** |  |
| **ANGINA** | **9** | **1,1 %** |  |
| **ALTRE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI** | **40** | **4,9%** |  |
| **BPCO** | **30** | **3,6%** |  |
| **ASMA.ORTICARIA** | **38** | **4,6%** |  |
| **Artrosi/ite.Osteoporosi** | **124** | **15,1%** |  |
| **ULCERE GASTRICHE** | **13** | **1,5%** |  |
| **CIRROSI** | **0** | **0%** |  |
| **TUMORI** | **22** | **2,69%** |  |
| **EPILESSIA** | **1** | **0,12%** |  |
| **ICTUS**  **T.I.A.** | **12** | **1,4%** |  |
| **PARKINSON** | **3** | **0,3%** |  |
| **EMICRANIA** | **14** | **1,7%** |  |
| **ALZHEIMER** | **3** | **0,36%** |  |
| **ALTRE PATOLOGIE PSICHIATRICHE(tra cui 2 episodi di psicosi reattiva a sospensione di psicofarmaci)** | **7** | **0,85%** |  |
| **ANSIA-DEPRESSIONE** | **312** | **38,2%** |  |

Inserendo tali dati per la costituzione di un grafo , si ottiene la seguente rappresentazione:

Da ciò si evince che la prima causa di malessere cronico per cui si viene chiamati dai pazienti è l’ANSIA E LA DEPRESSIONE (38,2% , seguiti da IPERTENSIONE (16%) , ARTROSI\_ARTRITE-OSTEOPOROSI (15%) , PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI (6,07%); segue l’ASMA con un (4,6%), le BRONCOPATIE CRONICO - OSTRUTTIVE (3,6%) , le NEOPLASIE (2,6%) .

In particolare , i casi di ansia –depressione sono risultati così ripartiti (62 % femmine , 38 % maschi ) nei vari mesi esaminati:

47 casi a dicembre- 88 a gennaio, 38 a febbraio, 51 a marzo , 43 ad aprile 45 a maggio .

Mi domando : come mai a gennaio , dopo le feste natalizie , in cui scintillano luci e colori , la percentuale di ansiosi e depressi afferenti al servizio di continuità assistenziale è risultata quasi raddoppiata rispetto al mese precedente? Per la “ malinconia festiva “? . Per la depressione che inevitabilmente accompagna il ritorno alla routine del quotidiano , quando le luci della festa si spengono , gli alberi e le decorazioni si ripongono , e rimane un gran senso di vuoto dentro , per il rispetto di una tradizione a cui molti non credono ma la cui riuscita è comunque legata solo ad eventi da rispettare e doveri da espletare , senza trovare posto per il piacere e la gioia ?

Provocazione: forse , distruggendo quei miti che alimentano lo stress della festa e del divertirsi “ a tutti i costi “, si potrebbe essere più consapevoli del tempo presente e dei sentimenti, affetti , risorse , che si posseggono ma che non si apprezzano , senza inseguire ciò che non si può avere , e accontentarsi di ciò che offre l’ oggi senza questa corsa effimera verso un futuro di pessimismo e malessere , giustificato in parte dal periodo storico fortemente critico che stiamo vivendo , correlato a problematiche di lavoro , di cattive relazioni , di angoscia verso il domani.

Tornando ai risultanti della casistica sopra riportata , mi sono chiesta in cosa possa essermi utile l’esperienza di Prepos nel trattamento del paziente ansioso e depresso .

Bypassando la ben nota differenza tra ansia fisiologica reattiva , positiva perché funzionale, e quella patologica , disfunzionale , applicando l’analisi di Sergio Siccardi dei modelli di ansia riportata in nota , mi ricollego al fatto che gli idealtipi più spesso affetti da tale patologia sono l’avaro, il ruminante, l’ adesivo (in misura minore , però , anche gli altri) .

L’avaro è ansioso perché è una tipologia costruita sul controllo, quindi vi è un imput logorante , continuo , interno , all’ azione , non seguito però da azione , che genera appunto ansia, perché l’avaro è ossessionato dal bisogno di avere tutto sotto il suo dominio (ansia da prestazione). Come posso aiutare io medico il paziente ansioso (che è poi il paziente che più di tutti gli altri si intestardisce nell’accanimento terapeutico , perché non accetta l’ idea della malattia e della morte)? Tranquillizzandolo e insegnandogli ad aver fiducia in sé stesso , a vivere il presente senza proiettarsi troppo nel futuro , perché vi sono cose inevitabili contro le quali non possiamo fare nulla , e il mondo va avanti anche senza di noi .(“Come farò a fare tutto? “ “Fermati , non puoi controllare ogni cosa , si può anche essere imperfetti”).

Il ruminante è ansioso perché è una tipologia improntata sulla rabbia , per cui si carica continuamente (ansia esterna) allo scopo di agire ma senza raggiungere l’obiettivo prefissato , per cui gli aumenta la rabbia che non ha mai fine perché serve a generare altra rabbia , in un circolo vizioso come un cane che si morde la coda . Come posso aiutare io medico il paziente ruminante ? Facendogli comprendere che non può farsi carico delle incombenze di tutti , che non deve dimostrare niente a nessuno , che deve essere di più e mostrare di meno , che basta porsi tanti piccoli traguardi raggiungibili anzicchè sfiancarsi in uno grosso irraggiungibile. (“Devo , devo , devo fare tante cose”… “Stabilisci delle priorità , scegli e fà di meno , ma fà “ ).

L’adesivo è ansioso perché si affanna nella ricerca di approvazione , che non gli viene fornita a sufficienza , per cui va in ansia nel suo protendersi continuo verso l’ altro , alla ricerca di sazietà e gratificazione . (“ Sono bravo a dosare l‘insulina ? “”Sì , sei davvero bravo “)

Il delirante è ansioso (ansia interna , perchè deve controllare , e ansia esterna perché si attiva) nel suo protendersi verso la superbia e la convinzione di non essere compreso. Io medico posso aiutarlo insegnandogli a fare il punto su ciò che esiste nel suo mondo, portandolo all’umiltà, dandogli concretezza, insegnandogli l’equilibrio tra il mondo mentale e la realtà. (“Eppure devo riuscire a farmi capire… “ “.Anche se non ti capiscono , ti amano lo stesso . Spiegati, spiegami. “)

Lo sballone è ansioso perché è tutto coinvolto in questa ricerca inappagata e spasmodica del piacere , e in questo fluttuare continuo da un piacere a un altro non si soddisfa mai , e perciò va in ansia. Il medico counselor lo può aiutare insegnandogli il valore della responsabilità come antidoto alla superficialità , allo sballo (“non le prendo le medicine per il dolore , tanto poi ritorna , non serve a niente . “ “Ti capisco , però adesso smettila e sii responsabile , se non le prendi il dolore aumenta . Una cosa per volta”).

Il paziente apatico va in ansia perché non agisce, non si attiva, sforzo minimo, impegno minimo, fermo nella sua immobilità, si assenta e si sente in colpa. Il counselor lo aiuta motivandolo e caricandolo (“ho un neo che ha cambiato colore, poi andrò a farmi vedere, poi, forse, domani, tra un mese” . “No: ci vai adesso, scegli di andare e ci vai . Non si muore scegliendo”)

Il paziente invisibile è ansioso perché è ipersensibile , introverso , autostima zero , pensa di non essere all’altezza , si vergogna , e io medico posso incoraggiarlo ad esprimersi ed impegnarsi “ Non ce la farò mai ad imparare a farmi le iniezioni di calciparina da solo “: “ Ma no , non è vero , temi di non essere capace , e questo vuol dire che sei una persona scupolosa , e ti apprezzo per questo”) )

E LA DEPRESSIONE ? Quel dolore dell’anima , quell’infelicità chiamata depressione (V. Masini , Prepos calabria-blogspot 2011/11), a proposito della quale vorrei fare una mia personalissima considerazione . Ho modo di venire a contatto nella mia pratica lavorativa con vari pazienti depressi in terapia serotoninergica , però , nonostante i farmaci , molti di loro continuano a stare male , perché andrebbe affiancata una psicoterapia giacché il cervello funziona non solo tramite neurotrasmettitori ma anche attraverso emozioni , ricordi , pensieri , che influenzano le sinapsi e la biochimica , per cui non serve a molto dare un farmaco , con evidenti effetti collaterali , se non si associa anche una psicoterapia . Infatti , allo stoppare della terapia farmacologica , spesso si assiste a una ricaduta , altrettanto rovinosa. Come riporta Davidson, il cervello adulto non è statico , ma può cambiare in base a stimoli esterni e interni , pensieri emozioni , ricordi : ad esempio il cervello dei violinisti mostra un aumento di dimensioni e attività nelle zone deputate al controllo dei movimenti delle dita .[[72]](#footnote-72)

Questi collegamenti “ nuovi “ sono dimostrati dal fatto che chi vive isolato, sotto stress , sotto pressione , depresso , ha un maggior rischio di eventi cardiovascolari e non , con riduzione delle aspettative di vita , mentre chi ha una vita soddisfacente con obiettivi e visione positiva del mondo ha una maggior aspettativa di vita. D’altronde, si è visto che gli studi dedicati a depressione e salute sono 20 volte più numerosi che quelli dedicati a felicità e salute,[[73]](#footnote-73) perché solo da poco si è rivolta l’attenzione agli effetti delle emozioni positive[[74]](#footnote-74)

CONSIDERAZIONI FINALI .

Da questo mio piccolo studio personale appare aderenza evidente con quelli che sono i grandi numeri di un disagio che è sempre in aumento , come mostrato dal rapporto annuale dell’AIFA (concernente il 2014) al Ministro della Salute , che ha evidenziato come i farmaci più richiesti siano i cardiovascolari , quelli “emergenti”, e gli ansiolitici e antidepressivi .

A riprova del fatto che vi è un’Italia sempre meno in salute con un popolo sempre più dipendente dalle pillole (e non solo), che utilizza come rimedio a tutto: anche alla crisi , alla solitudine , all’emarginazione.

E′ ALLUNGATA LA VITA RISPETTO AL PASSATO, MA SI STA MALE, per cui è opportuno riprendercerla in mano , la nostra vita. ADESSO.

Ultimissima considerazione: mi domando come mai ansia e depressione non siano nell’elenco delle malattie sociali (vi sono, però, tabagismo, alcolismo, tumori, malattie reumatiche, miopia, presbiopia, glaucoma, diabete, talassemia traumi da incidenti).

Se è vero che salute è pieno benessere fisico, psichico, sociale, mi domando: ma il depresso, l’ansioso patologico, stanno forse bene? Sono in buona salute?

**C O N C L U S I O N I .**

Voglio concludere questa esposizione ricollegandomi al concetto di cura e di come un **medico formato nel counseling e medicina narrativa** possa costituire un valore aggiunto nella relazione col paziente**.**

**Cura** è una pratica che in una relazione che si attua secondo durate temporali variabili, mossa dall’interessamento dell’altro, orientata a promuovere il suo ben-esserci , e per questo si occupa di qualcosa di essenziale per l’altro. Esistono infatti ,nella vita , cose basilari, cose più o meno importanti, cose superflue.

Prendersi cura di sé , di chi amiamo, di chi è nel nostro contesto sociale, è **fondamentale** proprio perchè siamo quello che facciamo e ciò di cui abbiamo cura. (Luigina Mortari).

Proprio nel nostro riconoscerci **vulnerabili nella nostra umanità , assume grande valenza il prenderci cura della vita, l’andarle** incontro con **consapevolezza**, senza farsi passivamente attraversare da essa, perché imparare ad aver cura del nostro ben -essere- inteso come spazio interiore ed esteriore,cioè fisico-mentale-sociale-familiare-relazionale-, ci consente di fornire un senso all’esistenza nella ricerca di quel “sapere” che serve a vivere e che, lungi dall’essere innato, si personalizza, si modifica, si trasforma, si plasma e riplasma, si costruisce e ricostruisce nell’**esperienza.**

Dare un senso al tempo e alle cose può accadere oppure no, allorquando - come dice la Mortari, “ci si lascia diventare meri spettatori della propria vita accettando di limitarsi a guardarla anche quando si sgretola. Avere cura di sé significa decidere di assumersi il proprio carico ontologico per non lasciare che il tempo semplicemente passi senza che nessun filo di senso possa essere disegnato nello spazio, seppur breve, del proprio accadere. Quando non si assume questa responsabilità della cura di sé, è inevitabile, prima o poi, esperire l’angoscia conseguente al sentire il tempo consumarsi in un susseguirsi immobile di attimi vuoti di senso”.

Per aver cura di sè occorre conoscersi, e per aver cura dell’altro occorre prima conoscere se stessi e poi l’altro: in questa ottica **, il medico aperto al counseling e alla** **medicina narrativa**- nella sua attenzione alla persona - paziente in quanto essere facente parte della stessa comune umanità- è in grado maggiormente di promuovere la cura sia nel senso di attenzioni per il proprio ben-essere nei confronti della prevenzione e mantenimento della salute /“.ben-esserci “., sia di fronte all’evento malattia- / “malesserci “(diagnosi- prognosi- verità )

In tal senso , tale figura di medico costituisce una **risorsa** , di fronte alla svalorizzazione della cultura” umana” che si oppone a quella, purtroppo vigente, basata su logiche di mercato, **il medico cioè che pensa, sente, promuove, valorizza, integra, agisce, induce all’azione, accoglie e non respinge, questo medico POSSIEDE gli strumenti per ridare la centralità all’AVER CURA DI SE ′ , inteso come unità di corpo, mente, psiche che sta alla base della vita: tramite** *l’attenzione , l’ascolto attivo, l’empatia, la disponibilità cognitivo emotiva*, oltre alle *indispensabili competenze meramente tecnico-scientifiche* che conducono la persona paziente a voler e poter aderire, in maniera motivata e partecipe , al suo benessere, ad un piano terapeutico-comportamentale idoneo, ad una miglior accettazione della malattia.

Purtroppo la società attuale, le istituzioni, la burocrazia, la cattiva gestione del tempo, i conflitti , la mancanza di comunicazione , i dis-.valori, la dis-cultura, l’individualismo esasperato ma anche all’opposto l’omologazione “a tutti i costi”, e l’assenza di con-divisione: tutto ciò costituisce un OSTACOLO nella comunicazione per la relazione di aiuto e cura alla persona- Ecco perché, come medico e come persona, mi **AUGURO** che la logica sociale, quella sanitaria e quella umana possano,in un futuro spero non troppo lontano (spero non utopistico!), **COLLABORARE E COOPERARE**, (interagendo con consapevolezza, equilibrio e buonsenso, come dice il **Prof.Masini**,) affinchè *la relazione di reciprocità e scambio tra* *medico e paziente* divenga “*sobria, rispettosa e giusta*”, come si augura il MANIFESTO della Slow - Medicine nato il 29 giugno del 2011 a Ferrara , organizzata da alcuni medici che si auspicano appunto una medicina non più dominata da fretta e tecnologie, ma **a misura d’uomo perché fatta dall’uomo per l’uomo(**come, d’altronde, sottende la medicina narrativa-. Termino, pertanto, con una provocazione :“Che sia la lumaca l’ultima immagine di felicità possibile?” (Italo Calvino )[[75]](#footnote-75)



e…..BUON COUNSELING - MEDICO E NON - A TUTTI!



**ALLEGATO 1: STRESS PSICOLOGICO, PERSONALITA DI TIPO-D E RISCHIO CARDIOVASCOLARE**

Sono ormai noti da tempo dati che mettono in correlazione l’esistenza di un nesso di correlazione tra le patologie cardiovascolari e lo stress .

Semplificando, si può asserire che il sistema nervoso simpatico riveste ruolo di preparazione all’eccitazione e stress , mentre il parasimpatico al contrario ha funzione rilassante e di recupero, il che si traduce , a livello cardiovascolare, in un aumento di frequenza e gittata cardiaca con vasocostrizione e ipertensione arteriosa (stimolazione del simpatico), e viceversa in una bradicardia e vasodilatazione con ipotensione (stimolazione del parasimpatico); inoltre vi è anche il rilascio di catecolamine da parte della midollare del surrene ad azione simpaticomimetica. Esporsi a situazioni stroessanti in condizioni acute predispone all’ attacco o alla fuga in situazioni di reale effettivo pericolo o minaccia, ma se lo stress diventa cronico si hòanno conseguenze negative , ossìa *aritmie* ,(correlazione tra ansia cronica ed elevati livelli del Q-T che è fattore di rischio per aritmie mortali)[[76]](#footnote-76), *ipertensione* (lo stress cronico porta ipertensione, così come aumento generale di vari fattori di rischio cardiovascolari quali fumo, sedentarietà, sovrappeso, alcool),[[77]](#footnote-77) *trombogenesi* (l’ansia cronica conduce ad un aumento dell’aggregazione piastrinica con formazione di trombi , per un’inibizione della fibrinolisi e disfunzione endoteliale).[[78]](#footnote-78)

Von Kandel R,Mills PJ., Fainman C, Dimsdale JE (2001) Effects of psycological stress and psychiatric disoredes on blood coagulation and fibrinolysis: a biobehavioral patway to coronary artery desease? Psicosomatics Medicine 63:531-544.

**Ansia e cadiopatia ischemica** : l’ansia è una emozione caratterizzata dalla percezione di un pericolo imminente con reazione somatica , ma quando diviene eccessiva, cronica, non è più un fenomeno di adattamento al pericolo bensì assume i connotati di patologia. Diversi studi su persone sane hanno dimostrato che l’ansia cronica generalizzata è un fattore di rischio per la cardiopatia ischemica indipendentemente da altri fattori di rischio[[79]](#footnote-79), e studi su cardiopatici hanno evidenziato un incremento dell’ansia prima degli attacchi ischemici[[80]](#footnote-80) e la stessa presenza di una maggior ansia dopo l’attacco cardiaco ischemico ha comportato un maggior rischio di complicanze e recidive[[81]](#footnote-81)

**Personalità D.e cardiopatia ischemica .**

Nel 1996 Johan Denollet eseguì studi che dimostrarono che pazienti con personalità D (Distressed) hanno un potere predittivo sulle patologie cardiovascolari indipendente dai convenzionali fattori di rischio[[82]](#footnote-82) ma equivalente[[83]](#footnote-83). Anzi è stato dimostrato che persone con personalità di tipo D hanno un rischio di morte cardiaca improvvisa **sette** volte maggiore rispetto a soggetti con i fattori di rischio convenzionali .[[84]](#footnote-84)

Le caratteristiche della personalità D sono date dalla presenza di AFFETTIVITA′ NEGATA E INIBIZIONE SOCIALE : la prima si configura in una visione negativa pessimista del mondo e del sè , con ansia, depressione, rabbia (che corripondono agli idealtipi dell’**avaro** e del **ruminante** secondo la teoria Prepos), e la seconda in un atteggiamento di chiusura allo scopo di evitare il pericolo della disapprovazione e del mancato riconoscimento degli altri (**avaro, invisibile, adesivo**).

L’inibizione emotiva è stata associata a basso recupero cardiovascolare[[85]](#footnote-85), aterosclerosi carotidea[[86]](#footnote-86), alta incidenza di coronaropatie.[[87]](#footnote-87)

Non solo, ma soggetti con personalità D hanno in generale un maggior rischio per cambiamenti dei meccanismi pro infiammatori e immunitari.

**ALLEGATO 2 : EFFETTI DELLO STRESS**

Lo stress cronico causa :

1) lesioni dei collegamenti neuronali,

2) zone di atrofia cerebrale,

3) esclusione della corteccia frontale (cervello evoluto, che regola la capacità di giudizio, di progettazione, di decisione, per cui viene usata l’ area subcorticale (cervello primitivo), PAURA- ANSIA,

4) ansia , depressione,

5) astenia, turbe del sonno e alimentazione.,

6) ipertensione , disturbi cardiovascolari ,

7) ridotte difese immunitarie,

8) scarsa memoria di lavoro e calo dell’attenzione,

9)Alzheimer (uno studio di Goteborg del 1968 mostra che lo streess psicologico forte danneggia l’ippocampo , aumenta le citochine preinfiammatorie , aumenta il deposito di amiloide , aumenta la frequenza di cardiopatie e ipertensione , che sono tutti fattori associati a demenza.

Inltre uno studio[[88]](#footnote-88) italo canadese su Alzheimer e demenze mostra che non tutto è scritto nel DNA (scoperta relazione stress-Alzheimer nelle donne-Gaianews.it salute 01.10.13**),** per cui non solo lo stress ma anche cibo, sostanze , lavoro , influiscono sulla malattia.

**RINGRAZIAMENTI**

La vita è fatta di incontri, occasioni, opportunità, cambiamenti.

In un momento di estrema difficoltà personale, mentre tutto stava andando a rotoli, l’incontro con Angela Lonetti è stato l’evento più significativo che io ricordi. Le sue parole di condivisione di quel non troppo lontano settembre 2012, le custodiremo entrambe nei nostri cuori, che si sono - non so per quale strano caso o alchimia – chiamati e riconosciuti, in una stanza con circa 150 persone, in cui si discuteva di empatia e guaritori feriti.

Mai incontro fu più provvidenziale e profetico, e ne è nata un’amicizia speciale, che durerà per sempre.

Del suo esserci, semplicemente accogliente, sempre, ringrazio Angela.

Un’altra persona, fondamentale, verso la quale ho una relazione di affetto vero, sincero, totale, è Carmela Mantegna, che è entrata nella mia vita in punta di piedi, con quel rispetto che solo le anime grandi e pulite posseggono, senza giudicare: un rapporto speciale, fatto di umanità profonda, di parole e silenzi, di significati, di aiuti reciproci, di empatia e simpatia, di condivisioni di momenti importanti, alcuni estremamente dolorosi, e non solo.

Del suo esserci sempre, col cuore, ringrazio Carmela. Lei sa cosa voglio dire: non occorrono altre parole.

L’incontro con PREPOS ha cambiato radicalmente la mia vita , e

ringrazio per questo il prof. Masini, GRANDE GRANDE GRANDE, verso il quale ho nutrito una simpatia immediata, nonostante qualche inevitabile incomprensione iniziale, per la sua genialità, la sua enorme intelligenza, il suo intuito, la sua umanità, l’aver capito che il fulcro del benessere è nella persona e nella relazione: ed averci reso partecipi di ciò, fornendoci gli strumenti per proseguire in questo cammino verso l’umano, che è la relazione, ascolto e condivisione.

La ringrazio di cuore, caro professore: nell’anima lei mi è veramente piaciuto, da subito.

Ringrazio tutti i docenti di PREPOS, ognuno dei quali mi ha aperto gli occhi su uno spicchio di quel tutt’uno che è la relazione e la comunicazione: bravi, bravi, bravi. Tutti.

Ed , in particolare, Emilia Scotto, persona dolce e molto disponibile e Daniele Masini, tenero nonostante la maschera da “duro”, tenero nella partecipazione della sua recente paternità: tutti comunque mi hanno lasciato un segno, un’impronta, un ricordo particolare che resterà al di là delle parole e del tempo.

RINGRAZIO IL MIO RELATORE, Salvatore Nocera, paziente e tanto burbero e puntiglioso nel suo ruolo di relatore quanto simpaticissimo al di fuori di questo ruolo, persona profonda e generosa, piena di significati e umanità.

Un giorno, forse, gli manderò le mie poesie. Le sue sono bellissime.

Ringrazio infine la mia famiglia: il mio “terribile” marito, all’inizio ostile, ma successivamente molto paziente e collaborativo nel farsi carico di tante mie incombenze durante il periodo di preparazione della tesi; i miei figli, Cesare e Simone, che sono stati ugualmente importanti nel mio volere arrivare con tenacia, (nonostante tanti inevitabili momenti di sconforto), a quello che considero un punto di partenza, verso un mondo nuovo: l’uno con il suo sostegno silenzioso e importante, l’altro col suo affetto garrulo e chiassoso di undicenne.

Vi voglio bene.

PREPOS ha cambiato la mia vita, a tal punto che, come dico sempre a Lina, io sono nata due volte, e la seconda volta è stata quando ho iniziato questo cammino verso il cambiamento ed il benessere.

E ringrazio tutte le altre persone che hanno condiviso questa esperienza “forte” assieme a me: molte di loro si sono perse per strada, come birilli, come i 12 piccoli indiani del giallo di Agata Christie.

Perse per stada, ma non nei nostri cuori, in particolare Rosa ed Antonella, con le quali è nata una bella amicizia sincera e pulita che sperò durerà a lungo .

Siamo così abituati a vedere e sentire il male, il dolore, la sofferenza, da non vedere il bene e non accorgerci di quanto in realtà siamo fortunati.

La vita è fatta di incontri.

**Grazie, di cuore, a tutti voi, e buona vita!**



**BIBLIOGRAFIA.**

* Wikipedia . Rapporto medico-paziente, medicina in crisi :perché?
* V. Masini V. Mazzoni E. , Manuale di Psicologia Relazionale Transteorica, Università degli studi di Perugia
* V. Masini, slide su comunicazione medico-paziente
* Stemberg 2000:2001 ; V. Masini. Medicina Narrativa pg 33-34, par. 10, Franco Angeli Editore).
* V. Masini, Dalle emozioni ai sentimenti, Prevenire è possibile , Prepos edizioni, 2009
* V. Masini,Medicina Narrativa, comunicazione empatica e dinamica interattiva nel rapporto medico-paziente, Franco Angeli editore, 2009
* V. Masini,Medicina Narrativa, comunicazione empatica e dinamica interattiva nel rapporto medico-paziente, Franco Angeli editore, 2009
* [www.repubblica.it/speciali/saluteviverla-tutta/2011/4/21](http://www.repubblica.it/speciali/saluteviverla-tutta/2011/4/21) news/pazienti e svolta narrativa oltre il pensiero razionale
* www/prepos.it/psicoterapia implicita nella comunicazione medio-paziente- ediz. Prepos.-2002
* [www.la](http://www.la) stampa.it.Elisa de Barberis , 29. 05.2015
* Attentati ai sentimenti (documento finale di S. Valentino) Arezzo, [www.prepos.it/arezzo](http://www.prepos.it/arezzo) 2001 htm
* G. Bert, Medicina Narrativa Il Pensiero Scientifico Editore, 2007, pg 231-235
* Haynes, ”Compliance in Health care, Baltimora University Press, 49-62, 1972, AA.VV. Comunicazione medico-paziente Italy, Pisa 2006,pg 25)
* D. Troiani- Dispense Prepos, “Progetto , camminando insieme “-2011
* S. Siccardi : Analisi autobiografica: i comportamenti disfunzionali di controllo ed ansia, attivazione, confusione, angoscia e panico, astenia, impressionabilità e affanno
* S. Nocera Bracco : tesi : La malattia come cambiamento
* S.Nocera C Bracco:Counseling e prevenzione della salute, dispensa Prepos
* R.J.Davidson , “La vita Emotiva del Cervello “ , Ponte alle grazie, 2012
* Medicina Narrativa Forlì- Dispensa Prepos
* D. Troiani , La somatizzazione del Disagio relazionale -Dispensa Prepos
* T.Elbert , C.Pantev , C. Weinbruch , B. Rockstroh , E. Tomb : “Increased Cortical representation of the fingers of the left hand in string Players “, Science 270, (1995), pg , 305-307
* S.D.Pressman, S. Cohen, “Does Positive Affect Influence Health ?”,Psycological Bullettin 131 (2005) , pp 925-971.
* Fava M,Abraham M,Pava J et al (1996) Cardiovascoular risk factors in depression; the role of anxiety and anger. Psycosomatics 37:31-37.
* Sielger IC, Peterson BL , Barefoot JC , Williams RB (1992) Hostility during late adolescence predict coronary risk factors at mid-life. American Journal of epidemiology.
* Grignani G,Soffiantino F, Zucchella M et al (1991) Platelet activation by emotional stress in atients with coronary artery desease. Circulation 83(4 suppl.):II-128-II-136-
* Von Kandel R,Mills PJ ., Fainman C, Dimsdale JE (2001) Effects of psycological stress and psychiatric disoredes on blood coagulation and fibrinolysis: a biobehavioral patway to coronary artery desease ? Psicosomatics Medicine 63:531-544.
* Kawachi I.., Colditz GA,Ascherio A et al (1994) prospective study of phobic anxiety and risk of coronary desease in men. Circulation 89:1992-1997
* Denollet j, Brutsarert DL(1998)Personality, didease severità,and the risk of long term cardiac events in patient with a decerased ejection fraction after miocardial infarction.Circulation 97:167-173
* Moser DK, Dracup K (1996) Is anxiety early after myocardial infarction associated with subsequent ischemic and arytmic events? Psicosomatics ; Medicine 58:395-401
* Denollet J,Sys Su,Brutsaedert DL(1995) Personality and mortality after myocardial infarction . Psycosomatic Medicine 57:582-591 .
* Williams RB ,Littmann AB(1996) Psycosocial factors: role in cardiac risk and treatment strategies. Cardiological Clinics 14:97-104
* Sher L. (1999) Effect of psicological factors on the development of cardiovascular pathology: role of the immune system and infection. Medicin Hypoteses 53:112-113-
* Apples A, Golombert B, Gorgels A, de Vreede J, Van Breuklen G (2000) Behavioral risk factors of sudden cardia arrest , Journal of Psicosomatics Research , 48:463-469-
* Gross J, Levenson RW (1997) Hiding feelings.the acute effect of inibiting negative and positive emotion. Journal of Abnormal Psycology 106:95-103
* Brosschot JF ,THauyer JF (1998)Anger inibition cardiovascular recovery ,and vagal function a model of the link between ostility and cardiovaascular desesase. Annal Behavior Medicin 20:326.332
* Matthews KA,Owens JF,Kuller LH,Sutton Tyrrel K, Jansen Mc Williams L. (1998) : Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women? Psycosomatyc Medicin 60:633-638
* Digilander.libero.it/grillonina70/Libri/schelotto-distacchi.html
* Schelotto G.(2002) Distacchi ed altri addii- Mondadori
* Manifesto Slow Medicine , giugno 2011, Ferrara

1. V. Masini, slide su comunicazione medico-paziente, pag.1-13 [↑](#footnote-ref-1)
2. V. Masini, slide su comunicazione medico-paziente pag.14-20 ( Dr.G. Rizzardi) [↑](#footnote-ref-2)
3. V. Masini , Dalle emozioni ai sentimenti , Edizioni Prepos 2009 , pag.326 [↑](#footnote-ref-3)
4. L. Barbagli-R.Vanali-V.Masini , Semeiotica del counseling relazionale, Montag 2012- pag.300-302 [↑](#footnote-ref-4)
5. Vittorino Andreoli,”capire il dolore”, Rizzoli,Milano,2003;Corrado-Tagliapietra “Il senso del dolore” Ed. S.Raffele, Milano,2011; V.E.Frankl ”Alla ricerca di un significato della vita. Per una psicoterapia riumanizzata”. Mursia. Milano, 98. [↑](#footnote-ref-5)
6. G. Bert , Medicina Narrativa-Storie e parole nella relazione di cura, Il pensiero Scientifico Editore, 2007, pg 14-15

   [↑](#footnote-ref-6)
7. Claudio Bonipozzi, Medicina Psicosomatica, www studiobonipozzi. it/Medicina Psicosomatica.htm

   [↑](#footnote-ref-7)
8. 8 G. Giarelli, E. Venneri- Sociologia della salute e della medicina- 2009-Franco Angeli Editore, pg 132.

   [↑](#footnote-ref-8)
9. G.Giarelli, E.Venneri- Sociologia della salute e della medicina- 2009-Franco Angeli Editore, pg 132.

   [↑](#footnote-ref-9)
10. Disease, Illnesse e Sickness: le dimensioni dalla malattia. G. Giarelli/A. Maturo 2003 pag.37-38

    [↑](#footnote-ref-10)
11. Nicola Abbagnano , Storia della Filosofia, Torino , 1996 [↑](#footnote-ref-11)
12. Anna Guglielmi, Il linguaggio segreto del corpo, Edizioni Piemme Spa, luglio 2007, pg 55-58 [↑](#footnote-ref-12)
13. C. Crisciani, La medicina nel medioevo , Roma 1993; L. Firpo , Medicina Medioevale, Torino , 1983

    [↑](#footnote-ref-13)
14. J.P. Sartre , saggio , L’essere e il nulla , 1943 [↑](#footnote-ref-14)
15. T. GreenHalg ,Evidence Based Medicine-Le basi , Torino , 1998 A. Liberati , “La medicina delle prove di efficacia ; potenzialità e limiti della EBM “, Roma 1997 [↑](#footnote-ref-15)
16. D.L.SacKett , Richardson , W. Rosemberg et Al. , Evidence based medicine : how to practice and teach EBM , New York , Edimburg.A.Izzo ., Storia del pensiero sociologico, Bologna, 1994 Morpugo G.;”La logica dei sistemi di regolazione biologica”,Torino 1997

    Spinsanti S. “Chi ha potere sul mio corpo? Nuovi rapporti tra medico e paziente”Roma 1999 Federico E. Perozziello 2001.www.filosofia.net.rapporto medico-paziente [↑](#footnote-ref-16)
17. D.Gracia, “Fondamenti di bioetica, sviluppo storico e metodo “, San Paolo,Torino 1993

    T.L.Beauchamp e J.F.Childess, principi di etica biomedica , Le Lettere, Firenze,2009

    H.T.Engelhardt Jnr, Manuale di Bioetica , Il Saggiatore, Milano P.Borsellino,”Bioetica tra morali e diritto”, Raffaello Cortina Editore , Milano 2009

    [↑](#footnote-ref-17)
18. proposta Amaco Assomed per migliorare appropriatezza ed efficienza - l’ospedale del Futuro. Il sole 24 ore,03/03/15 [↑](#footnote-ref-18)
19. V.Masini, “Medicina Narrativa “, FrancoAngeli Editore , par 14 introduzione pg 46

    [↑](#footnote-ref-19)
20. Silvia Gregori, Medico-paziente , Rapporto in crisi , Treccani XXI , 2010. [↑](#footnote-ref-20)
21. Minervino A. , Fallani S. ,1999: 91; V.Masini , “Medicina Narrativa “Franco Angeli Editore, 2010 ,pg 16.

    22 V. Masini , Medicina Narrativa, Franco Angeli Editore , 2010, nota 7 pg 16 [↑](#footnote-ref-21)
22. 23 V. Masini, Medicina Narrativa , FrancoAngeli Editore 2010, pg 26 [↑](#footnote-ref-22)
23. [↑](#footnote-ref-23)
24. (L.COREA, SAVINO K. ,BENTIVOGLIO M, Zollino L : Recenti acquisizioni in tema di fisiologia dell’ipertensione arteriosa- Cardiologia 36,515-575, 1991) (Perini C. Muller F.B. Buhler F.R: Suppressed aggression accellerates early development of Essential Hypertension-I Hyp.9.499-503; 1991). [↑](#footnote-ref-24)
25. [www.fedoa.old.unina.it](http://www.fedoa.old.unina.it) [↑](#footnote-ref-25)
26. Chiara Giaccardi, Avvenire.it, “Il silenzio nutre la parola e il legame “, 20-05-12 [↑](#footnote-ref-26)
27. dispensa Prepos lezione del 24 maggio 2015 sull’autobiografia, Carmela Mantegna) [↑](#footnote-ref-27)
28. Edward Shorte , Bedside Manners, “The trobled history of doctors and patients, 1985 , trad. 1986 ,pg 197

    [↑](#footnote-ref-28)
29. rapporto medico-paziente.www.Treccani .it)

    [↑](#footnote-ref-29)
30. V. Masini , Medicina Narrativa , Franco Angeli Editore, 2010, pg 13 [↑](#footnote-ref-30)
31. G. Bert, Medicina Narrativa, Il pensiero Scientifico Editore 2007 ,cap 1 pg 8

    [↑](#footnote-ref-31)
32. G.Bert, Medicina Narrativa , Il pensiero scientifico Editore, 2007 , pg. 8

    **33**  V.Masini,Medicina Narrativa, Franco Angeli Editore, 2005, pg 7. [↑](#footnote-ref-32)
33. [↑](#footnote-ref-33)
34. G.Bert ., Medicina Narrativa Il Pensiero Scientifico Editore , 2007 ,pg 59 [↑](#footnote-ref-34)
35. E.M.Bruner. Ethnography as narrative , in V.W.Turner and E.M.Bruner ed . , 1986 [↑](#footnote-ref-35)
36. G. Bert, Medicina Narrativa, Il Pensiero Scientifico Editore , 2007, pg 91-95

    37 G. Bert, Medicina Narrativa, Il Pensiero Scientifico Editore, 2007, pg 99-104 [↑](#footnote-ref-36)
37. [↑](#footnote-ref-37)
38. Rita Charon ,”Narrative Medicine: honoring the histories of hillness “. Oxford University press,2006-Bert ,Medicina Narrativa , pg cap ….

    39 [www.repubblica.it/speciali/salute viverla-tutta/2011/4/21](http://www.repubblica.it/speciali/salute%20viverla-tutta/2011/4/21) news/pazienti e svolta narrativa oltre il pensiero razionale

    [↑](#footnote-ref-38)
39. [↑](#footnote-ref-39)
40. V.Masini , Medicina Narrativa ,Franco Angeli Editore , 2009,pg 181

    [↑](#footnote-ref-40)
41. V. Masini , Medicina Narrativa , Franco Angeli Editore, 2007,pg 181

    42 G. Bert , Medicina Narrativa Il Pensiero Scientifico Editore, 2007, pg 231-235 [↑](#footnote-ref-41)
42. [↑](#footnote-ref-42)
43. G. Bert , Medicina Narrativa Il Pensiero Scientifico Editore, 2007, pg 231-235 [↑](#footnote-ref-43)
44. L. Barbagli-R. Vanali-V. Masini, “Semeiotica del Couseling Relazionale-“ Montag. 2012, pg 318 [↑](#footnote-ref-44)
45. V. Masini “Dalle emozioni ai sentimenti” ed. Prepos. 2009 pg.249-250 [↑](#footnote-ref-45)
46. V. Masini, Dalle emozioni ai sentimenti, edizioni Prepos, 2009, pg 249-250

    [↑](#footnote-ref-46)
47. V. Masini, “Dalle emozioni ai sentimenti “, Ed. Prepos 2009, pg 171 [↑](#footnote-ref-47)
48. L. Barbagli, R,Vanali, V.Masini ,“Semeiotica del counseling relazionale “, Montag 2012, cap 8

    [↑](#footnote-ref-48)
49. Haynes ,”Compliance in Health care , baltimora University Press, 49-62,.1972 , AA.VV. Comunicazione medico-paziente , Italy, Pisa 2006,pg 25)

    [↑](#footnote-ref-49)
50. V. Masini, Psicoterapia implicita nella comunicazione narrativa-simbolica.-imnterattiva col paziente, 2010, Prepos [↑](#footnote-ref-50)
51. V.Masini, Psicoterapia implicita nella comunicazione narrativa-simbolica.-interattiva col paziente, 2010,Prepos

    52 V.Masini, Psicoterapia implicita nella comunicazione narrativa-simbolica.-interattiva col paziente, 2010, Prepos [↑](#footnote-ref-51)
52. [↑](#footnote-ref-52)
53. 53 V.Masini, Psicoterapia implicita nella comunicazione narrativa-simbolica.-interattiva col paziente, 2010, Prepos [↑](#footnote-ref-53)
54. V. Masini “Medicina Narrativa”, Franco Angeli Editore,2009,pg 19-20

    55 Stenberg, “Medicina Narrativa, pag. 33 V. Masini , Franco Angelo Editore [↑](#footnote-ref-54)
55. [↑](#footnote-ref-55)
56. V .Masini, Medicina Narrativa , Franco Angeli editore , 2009 , pag 19-20

    57 (Stemberg 2000:2001 ; V. Masini. Medicina Narrativa pg 33-34, par 10, Franco Angeli Editore).

    [↑](#footnote-ref-56)
57. [↑](#footnote-ref-57)
58. Masini, cap. 4.8 - “Dalle emozioni ai sentimenti” ,pg 155-158 [↑](#footnote-ref-58)
59. “Masini, pg 327, dalle emozioni ai sentimenti )-pg 158-160 [↑](#footnote-ref-59)
60. Masini (cap4.10,”dalle emozioni ai sentimenti”,Prepos edizioni, 2007,pg 160-162

    61 V.Masini, Dalle emozioni ai sentimenti, Prepos edizioni, 2007,pg 327 [↑](#footnote-ref-60)
61. [↑](#footnote-ref-61)
62. 62 V.Masini, Dalle emozioni ai sentimenti , Prepos edizioni, 2007,pg 163-164, 4.11 [↑](#footnote-ref-62)
63. V. Masini, Dalle emozioni ai sentimenti , Prepos edizioni cap.4.11 pg.163-164 [↑](#footnote-ref-63)
64. V. Masini, dalle emozioni ai sentimenti, prepos edizione, 2007 , pg 328 [↑](#footnote-ref-64)
65. V. Masini, dalle emozioni ai sentimenti, prepos edizione, 2007 4.12 pg.165-166

    [↑](#footnote-ref-65)
66. V. Masini, Dalle emozioni ai sentimenti, Prepos edizioni,2007, cap 7.22 pg 331, cap 4.14 pg 169-170 [↑](#footnote-ref-66)
67. V. Masini, Dalle emozioni ai sentimenti, Prepos edizioni, 2007,par.4-13

    68 D. Troiani-Dispense Prepos, “progetto , camminando insieme “-2011

    [↑](#footnote-ref-67)
68. [↑](#footnote-ref-68)
69. Digilander.libero.it/grillonina70/Libri/schelotto-distacchi.html [↑](#footnote-ref-69)
70. 70 2001 b:48, V.Masini , Medicina Narrativa , Franco Angeli Editore [↑](#footnote-ref-70)
71. V. Masini , Medicina Narrativa , Franco Angeli Editore, 2009 , par 6 “ Metodologie narrative “, pg 221-236

    [↑](#footnote-ref-71)
72. R.J.Davidson , “la vita Emotiva del Cervello “ , Ponte alle grazie, 2012 [↑](#footnote-ref-72)
73. T. Elbert, C.Pantev, C. Weinbruch, B. Rockstroh, E. Tomb: “Increased Cortical representation of the fingers of the left hand in string Players “, Science 270, (1995), pg , 305-307 [↑](#footnote-ref-73)
74. S.D.Pressman, S. Cohen, “Does Positive Affect Influence Health ?”,Psycological Bullettin 131 (2005) , pp 925-971.

    [↑](#footnote-ref-74)
75. Manifesto Slow Medicine , 29.6.11 , Ferrara [↑](#footnote-ref-75)
76. Fava M,Abraham M,Pava J et al (1996)Cardiovascoular isk factors in depression;the role of anxiety and anger. Psycosomatics 37:31-37. [↑](#footnote-ref-76)
77. Sielger IC, Peterson BL , Barefoot JC , Williams RB (1992)Hostility during late adolescence predict coronary risk factors at mid-life. American Journal of epidemiology. [↑](#footnote-ref-77)
78. Grignani G,Soffiantino F, Zucchella M et al (1991)Platelet activation by emotional stress in patients with coronary artery disease. Circulation 83(4 suppl.):II-128-II-136- [↑](#footnote-ref-78)
79. Kawachi i, Colditz GA,Ascherio A et al (1994) prospective stidy of phobic anxiety and risk of coronary disease in men. Circulation 89:1992-1997 [↑](#footnote-ref-79)
80. Denollet j, Brtutsarert DL(1998)Personality, didease severità,and the risk of long term cardiac events in patient with a decerased ejection fraction after miocardial infarction.Circulation 97:167-173 [↑](#footnote-ref-80)
81. Moser DK, Dracup K (1996) Is anxiety early after mYocardial infarction associated with subsequent ischemic and arytmic events? Psicosomatics ;Medicine 58:395-401 [↑](#footnote-ref-81)
82. Denollet J,Sys Su,Brutsaedert DL(1995)Personallity and mortality after myocardial infarction . Psycosomatic Medicine 57:582-591 . [↑](#footnote-ref-82)
83. Williams RB ,Littmann AB(1996)Psycosocial factors: role in cardiac risk and treatment strategies. Cardiological Clinics 14: Sher L (1999)Effect of psicological factors on the development of cardiovascular pathology: role of the immune system and infection. Medicin Hypoteses 53:112-113- [↑](#footnote-ref-83)
84. Apples A, Golombert B, Gorgels A, de Vreede J, Van Breuklen G (2000) Behavioral risk factors of sudden cardia arrest , Journal of Psicosomatics Research , 48:463-469- [↑](#footnote-ref-84)
85. Gross JJ, Levenson RW (1997) Hiding feelings.the acute effect of inibiting negative and positive emotion. Journal of Abnormal Psycology 106:95-103 [↑](#footnote-ref-85)
86. Brosschot JF ,THauyer JF (1998)Anger inibition cardiovascular recovery ,and vagal function a model of the link between ostility and cardiovaascular disesase.Annal Behavior Medicin 20:326.332 [↑](#footnote-ref-86)
87. Matthews KA,Owens JF,Kuller LH,Sutton Tyrrel K, Jansen Mc Williams l(1998) :Are hostility and anxiety associated with carotid atherosclerosis in healthy postmenopausal women?Psycosomatyc Medicin 60:633-638 [↑](#footnote-ref-87)
88. [www.la](http://www.la) stampa.it.Elisa de Barberis , 29. 05.2015 [↑](#footnote-ref-88)