

## Ferdinando Pellegrino

Psichiatra, psicoterapeuta, DSM ASL Salerno (ex Sa1)

# Setting e neurobiologia in Medicina Generale

“... il farmaco di gran lunga più usato in medicina generale è il medico stesso, e cioè che non è soltanto la bottiglia di medicina o la scatola di pillole che contano, ma anche il modo in cui le offre al suo paziente – in verità, tutta l’atmosfera in cui la medicina viene data e presa”.

Così Michael Balint introduceva nel 1957 *Medico, paziente e malattia*, l’opera che ha valorizzato gli aspetti psicologici del rapporto medico-paziente attraverso una descrizione puntuale di come sia possibile – attraverso specifici lavori di gruppo – imparare a relazionarsi in modo efficace con se stessi e con il paziente. L’attualità del pensiero di Balint sta nella concretezza del suo impegno e nella semplicità ed efficacia del suo messaggio che oggi, a distanza di anni, risuona forte perché si avverte la necessità di recuperare la dimensione antropologica del rapporto medico-paziente, in un contesto mutato, dove il paziente è sempre più protagonista delle scelte che riguardano la propria salute.

Le difficoltà relazionali del medico hanno radici nei percorsi formativi universitari, ancora scarsamente sensibili a tali problematiche, ma nascono anche dalla modernizzazione – aziendalizzazione – del SSN sempre più attento a questioni di budget in assenza di un appropriato riassetto organizzativo; ciò determina contesti professionali disfunzionali che possono ostacolare i processi comunicativi e relazionali tra medico e paziente.

Tuttavia si deve prendere atto che il medico deve attuare sforzi formativi addizionali e implementare specifiche competenze per essere in grado di gestire in modo ottimale la relazione con il paziente; lo strumento fondamentale con cui opera è la mente, nei suoi

aspetti razionali ed emotivi, grazie alla quale entra in relazione con gli altri, acquisisce informazioni utili per la diagnosi e orienta i processi diagnostici e terapeutici.

Tale efficacia relazionale ha quindi come presupposto l’efficienza mentale del medico che deve “sapersi somministrare” in maniera appropriata calibrando modi e tempi in relazione alle caratteristiche di personalità del paziente, alla situazione che sta vivendo e al contesto in cui si opera.

Tutto ciò nel rispetto delle mutate condizioni culturali che hanno sancito il passaggio da un modello in cui il medico guidava le scelte del paziente – il *paternalismo* – a uno in cui il paziente vuole essere informato e decidere sul proprio percorso di malattia (*autodeterminazione*).

L’enfasi che negli ultimi anni sta avendo il *consenso informato* e il proliferare di contenziosi medico-legali correlati alla mancata o inappropriata acquisizione dello stesso e ad altre motivazioni, in tutti gli ambiti della medicina, testimonia la presenza di una difficoltà operativa del medico.

Sembra quasi che il timore di essere chiamati in giudizio abbia fatto accrescere la burocratizzazione e l’adozione di strategie che tendono a complicare il percorso diagnostico di qualsiasi patologia, perdendone di vista gli obiettivi fondamentali: l’interesse del medico consiste nel chiedersi quale procedura o indagine diagnostica o terapeutica sia più idonea a evitare contenziosi medico-legali, piuttosto che chiedersi quale sia la malattia del paziente e il percorso terapeutico più idoneo da intraprendere (*medicina difensiva*).

Inevitabilmente nella mente del professionista si genera un preconcetto – *pregiudizio* – che

tende ad alterare l’obiettività e a implementare il rischio di errore professionale; tutto ciò compromette la relazione tra medico e paziente e ne offusca i processi comunicativi, fino a generare confusione, ansia, rabbia e sensi di colpa che lo espongono a fenomeni di logorio professionale, come la *sindrome del burn-out*.

Per tali motivi occorre considerare le dinamiche che possano stimolare e accrescere l’efficacia professionale e i fattori più comuni che la compromettono; è necessario definire e costruire un *setting clinico* appropriato.

## L’empatia e la forza della relazione

Le radici biologiche della comunicazione nascono dalla necessità dell’uomo di sviluppare un processo di sintonizzazione sociale (*empatia*) grazie al quale migliorare ogni forma di cooperazione sociale; l’empatia si definisce così come un processo immediato e naturale che favorisce la comunicazione interpersonale.

Mentre gli animali posseggono forme primitive di comunicazione e di linguaggio, nell’uomo la comunicazione è il risultato di un processo evolutivo che muovendosi da facoltà semplici è giunto ai massimi livelli di complessità.

Le basi biologiche del linguaggio traggono origine dalla necessità di sviluppare un processo automatico grazie al quale potersi difendere e trovare nuove e più complesse strade di cooperazione sociale.

L’uomo comunica con il suo modo di essere, con la sua personalità, con la sua capacità di prestare attenzione e ascolto; anche la gestualità, il modo di presentarsi e di muoversi

nello spazio sono modi di comunicare (*comunicazione non verbale*) che vanno compresi e gestiti al meglio; allo stesso modo è importante la *comunicazione paraverbale*, ovvero l'uso della voce: il tono, il volume, la velocità, il ritmo, le pause e i silenzi.

Inoltre, prima ancora che con le parole l'individuo parla tramite la sua persona, la sua capacità di ispirare fiducia, di trasmettere ottimismo e speranza, le sue modalità di approccio al paziente (*comunicazione pre-verbale*). Già in questa fase il clinico trasmette – inconsapevolmente – l'autenticità dell'interesse emotivo che si ha per l'altro, la propensione a essere affettuoso, la disponibilità all'ascolto e al prendersi cura del paziente.

Il paziente fin dal primo momento percepisce l'umore del medico, la sua emotività e la sua disponibilità a farsi carico dei suoi bisogni.

Non c'è bisogno quindi di lunghe conversazioni per favorire i processi comunicativi e comprendere l'affinità relazionale tra medico e paziente in quanto le percezioni degli atti e delle reazioni emotive altrui hanno una base biologica.

A livello neurologico esistono dei sistemi di risonanza (i *neuroni specchio*) che risultano essere implicati in molte funzioni sociali, come l'apprendimento, l'evoluzione del linguaggio gestuale e verbale e la *sintonizzazione empatica*. Grazie a tale meccanismo specchio il cervello umano è in grado di riconoscere e percepire in modo immediato e spontaneo le emozioni della persona con cui ci si relaziona; nella mente di due persone che si incontrano si attivano simultaneamente le stesse strutture neuronali – motorie ed emozionali – che si influenzano in modo reciproco.

In questo senso le relazioni affettive possono modificare il patrimonio neurobiologico dell'individuo, lasciando una traccia nel cervello che persiste per tempi indefiniti; ciò che accade nel rapporto tra madre e bambino (prototipo della relazione affettiva) si ripropone nella vita relazionale dell'individuo e in particolare nel setting medico.

Nella relazione il medico può, ad esempio, accentuare la risposta positiva al trattamento (*placebo*) o evocare risposte negative (*nocebo*) che possono compromettere l'esito stesso del trattamento e della relazione.

Tali fenomeni rappresentano dei capitoli fondamentali delle neuroscienze che, attraverso lo studio della neurobiologia interpersonale – molto attivo nell'ambito del setting psicoterapeutico –, cercano di comprendere fino a che punto l'esperienza – e quindi le *relazioni significative* – possa modificare la struttura e la funzionalità del cervello.

Nella pratica clinica ciò si traduce nella neces-

sità di attuare precise strategie comunicative per affrontare in modo adeguato i problemi connessi alla diagnosi e alla pianificazione del percorso terapeutico, ma anche per agire rinforzando nel paziente una reazione positiva alla malattia.

Ogni paziente ha una sua storia e una propria modalità di reazione ai problemi della vita, nel setting medico tali reazioni devono essere comprese e canalizzate in modo appropriato; vissuti di disperazione, incertezza, rabbia, possono, ad esempio, trasformarsi in modalità relazionali caratterizzate da aggressività nei confronti del medico, viceversa vissuti di angoscia e di ansia spingono il paziente ad avere un atteggiamento remissivo e accondiscendente.

Indubbiamente le scelte diagnostiche e terapeutiche vanno a confrontarsi con lo stile di vita del paziente, il quale può non fidarsi del medico, può non condividere le sue opinioni ma continuare a consultarlo per essere rassicurato, compreso, accettato, curato.

Il medico dovrà sempre più imparare a valicare i limiti del sintomo per incidere in modo significativo sullo stile di vita del paziente; prescrivere un antipertensivo o un ipoglicemizzante non sortirà gli effetti desiderati se non si è in grado di aiutare il soggetto ad attuare uno stile di vita compatibile con la patologia. Nell'ambito della psicoterapia molti studi hanno dimostrato che il processo di cambiamento che si osserva durante la terapia dipende dall'intensità della relazione, da quanto essa sia "significativa" per il paziente e per il terapeuta. Anche in medicina generale, ove la relazione è intensa e di lunga durata, gli effetti di una buona relazione sono positivi e risultano determinanti per l'efficacia della terapia.

## Il tempo del medico, la definizione del setting

Negli ultimi quindici anni lo stile di vita ha subito notevoli cambiamenti grazie al progresso che ha consentito l'accesso a tecnologie sempre più sofisticate ampliando le fonti di conoscenza e mettendo a disposizione canali comunicativi diversificati.

In Sanità questo processo di accelerazione ha comportato profonde modifiche nella prassi professionale dovendo il medico acquisire specifiche competenze e abilità per gestire con appropriatezza la complessità clinica.

Il medico oggi si trova in bilico tra la spinta amorevole verso il paziente in una dimensione antropologica propria dell'arte medica e la necessità di rispettare tempi ristretti e gestire la modernità tutte le sue contraddizioni.

In tale contesto il tempo per ascoltare i pazien-

ti non è mai sufficiente, non c'è tempo per tutti e per tutto e diventa sempre più difficile sostenere i ritmi professionali quotidiani; l'attività diventa spesso un affaccendarsi continuo nel tentativo di arginare le numerose variabili – e gli imprevisti – che inevitabilmente sono presenti nella pratica quotidiana.

In queste condizioni diventa sempre più difficile gestire gli spazi professionali, spesso caotici e ipertecnologizzati, tanto da perdere la consapevolezza di quegli elementi o comportamenti – come rispondere al telefono durante una visita – che disturbano in modo evidente la relazione con il paziente.

Dalla psicologia apprendiamo l'importanza del setting, del tempo e dello spazio in cui avviene la relazione, lo stesso tempo e spazio di cui ha bisogno il bambino quando si relaziona con la madre: se quest'ultima è presa da altri problemi o è interessata ad altro, egli percepisce il disinteresse nei suoi confronti e la relazione si impoverisce.

Il paziente, come il bambino, percepisce e comprende l'interesse che il clinico nutre nei suoi confronti e ciò condiziona la natura della relazione; la neurobiologia interpersonale ha dimostrato in modo evidente la forza della relazione, dando ragione alla necessità di implementare gli aspetti emotivi – l'*empatia* – del rapporto con il paziente.

In tale ottica sono state elaborate strategie di formazione – il *fitness cognitivo-emotivo* – basate su metodiche di apprendimento che si ispirano ai concetti della moderna psicologia. Le modalità di apprendimento sono realizzate in piccoli gruppi di lavoro, inseriti nel contesto dei corsi ECM, che impegnano il professionista all'acquisizione di una maggiore consapevolezza delle proprie risorse emotive e cognitive.

L'obiettivo è rendere più trasparente il rapporto con se stessi per consentire un migliore accesso alle emozioni del paziente (*empatia*).

Lavorare in gruppo, esprimere emozioni e dividerle con gli altri colleghi affina la capacità clinica di giudizio e consente di porre le basi di un rapporto di fiducia che vede medico e paziente alleati lungo il percorso di malattia.

Questo processo apporta benefici anche sul versante personale; la capacità di decodificare e gestire le proprie emozioni aiuta a promuovere il benessere e a riconoscere i limiti umani e professionali dell'agire quotidiano facilitando l'attuazione di uno stile di vita più funzionale.

## Lecture consigliate

Pellegrino F. *Personalità e autoefficacia*. Milano: Springer 2010.

Pellegrino F. *Logorio professionale, risorse umane e comunicazione*. Medici Oggi 2010;XIV:2.