

**"GRUPPI BALINT: UN AIUTO NELLE
DINAMICHE RELAZIONALI CON I PAZIENTI"**

ORA	ARGOMENTI	
20:00 – 20-15	Introduzione e saluti da parte del Consiglio OMCEO	Dr. Guido Marinoni (Presidente dell'ordine dei medici)
20:15 – 21:00	Relazione: Riflessioni per un progetto di formazione e addestramento al rapporto medico-paziente con metodica Balint.	Relatori Dr. Mario Zappa Dr. Corrado Mariucci
21:00 – 22:15	Effettuazione di una seduta esemplificativa di un Gruppo Balint con la collaborazione di 5/6 medici volontari, in presenza dei rimanenti medici in veste di osservatori.	Conduttore del gruppo Dr. Corrado Mariucci
22:15 – 22:45	Discussione, confronto, domande ai relatori	Dr. Mario Zappa Dr. Corrado Mariucci
22:45 – 23:00	Test di chiusura	

O

- Crescente incidenza della sindrome del burn-out a carico dei sanitari.
- In termini generali, il fenomeno viene definito dall'OMS (28 maggio 2019) come conseguente allo stress cronico non efficacemente elaborato, che può verificarsi in qualsiasi contesto lavorativo.
- I tre criteri diagnostici del disturbo, adottati dall'ICD-11, sono: sentimenti di esaurimento o esaurimento energetico; maggiore distanza mentale dal proprio lavoro o sentimenti di negativismo o cinismo relativi al proprio lavoro; ridotta efficacia professionale.
- I fattori che lo determinano si possono raggruppare attorno a due criticità: l'eccessiva gravosità del lavoro ed il deterioramento della rete delle relazioni in cui si svolge l'attività.
 - Entrambe le condizioni hanno pesantemente investito i medici, chiamati a sostenere crescenti volumi di attività e risultati particolarmente suscettibili al deterioramento delle relazioni interpersonali, in un contesto lavorativo connotato dall'elevato investimento di valori etici e narcisistici.
 - Relazione medico-paziente; relazione medico-colleghi

"GRUPPI BALINT: UN AIUTO NELLE DINAMICHE RELAZIONALI CON I PAZIENTI"

Peculiarità del rapporto col paziente

- L'attività clinica del medico richiede sia l'erogazione di prestazioni congrue con le conoscenze scientifiche vigenti, sia la competente gestione della comunicazione con l'assistito, essenziale affinché egli comprenda e metta in atto in modo corretto le prescrizioni elaborate a suo favore, come dispone il **mandato di assunzione di responsabilità del paziente**, che ricade sul curante.
- Le attività investite della responsabilità dell'utente sono caratterizzate da **un'asimmetria strutturale della relazione tra erogatore e fruitore della prestazione**, assumendo l'uno un ruolo tutoriale nei confronti dell'altro

– Il paziente può avanzare una domanda di aiuto fortemente emotiva, proiettando aspettative irrazionali, contraddittorie, angosianti, talora onnipotenti e cogenti. Egli sconta nella circostanza una regressione del funzionamento psichico dall'assetto adulto a quello della dipendenza infantile o della pretesa autosufficienza adolescenziale.

- Il mandato di assunzione della responsabilità coincide con la gestione della contingente involuzione, al fine di ripristinare un assetto psicologico che consenta all'assistito di assumere decisioni consapevoli e possibilmente coerenti con le indicazioni terapeutiche ricevute. Per raggiungere lo scopo è fondamentale impartire alla relazione medico-paziente il connotato peculiare di "alleanza terapeutica"

3

- La gestione del rapporto col paziente non è opzione di libera scelta, ma componente ineliminabile della professione medica, è un vero e proprio lavoro da cui non è dato sottrarsi. Lo stesso distanziamento formale non annulla il rapporto, ma ne costituisce una precisa modalità di conduzione, che può risultare vantaggiosa o peggiorativa tanto per il professionista che per l'utente, e che pertanto meriterebbe di essere attuata non impulsivamente, ma con oculato discernimento.
- La gestione del rapporto col paziente in chiave di alleanza terapeutica implica due competenze del medico:
- la capacità di decifrare in tempo reale le attese, palesi ed occulte, veicolate dal paziente;
- la capacità di restituire una lettura "metabolizzata" delle richieste avanzate dall'utente, che gli consenta di affrontare costruttivamente le eventuali difficoltà, piuttosto che a farne terreno di scontro.

Evoluzione/involuzione del rapporto medico-paziente.

- Il percorso storico: magia, sapere inattingibile ai profani, crescita culturale.
- L'ulteriore ampliarsi delle conoscenze, sostenuto dai potenti strumenti di comunicazione mediale, avrebbe dovuto consolidare il positivo risultato. Si è invece verificato un andamento contraddittorio, risultando la relazione con l'utenza nuovamente condizionata da fattori suggestivi, paradossalmente invertiti rispetto a quelli storici. Se in passato l'onnipotenza investiva il terapeuta, ora trapassa all'utente, laddove derubrica la medicina a pratica direttamente gestibile dall'interessato, magari tramite indicazioni rintracciate in rete o mutate da letture divulgative di varia ispirazione.
- Il principio di diritto alla salute può risultare forzato, sino ad essere assunto quale vincolo contrattuale di esito. Ne sono un riflesso gli episodi di aggressione a sanitari "colpevoli" di non essere riusciti a sovrastare decorsi irreversibili, nonché il proliferare di sistematiche azioni legali di risarcimento, intentate a prescindere da effettive responsabilità.

Complessità della domanda di salute

- Sulle richieste di per sé complesse dell'utenza, possono convergere varie influenze esterne, che rendono ancor più aggrovigliato l'intreccio delle aspettative, che il medico si trova a dipanare quando incontra il paziente.

- **Identità sovradeterminata di utenti e curanti.** Attorno al paziente ruota di fatto un'equipe, soggetta a sciogliersi e ricomporsi secondo le specifiche cliniche del caso trattato. La sinergia del contingente gruppo di lavoro non sempre è scontata e la comunicazione può rivelarsi delicata, trasmettendo inevitabilmente con le informazioni tecniche, le motivazioni personali di ciascuno.

- Sollecitazioni cogenti e talvolta dissonanti possono giungere poi da **agenzie esterne.**

- Sulla domanda di salute possono **sovrapporsi altre forme di disagio (povertà, emarginazione, isolamento, flussi migratori, età avanzata, illegalità, ecc.),** che riverberano sull'organizzazione sanitaria istanze non ricomposte nelle sedi pertinenti.

Identità professionale

- I mutamenti descritti non si sono diffusi omogeneamente, ma hanno improntato il tessuto sociale a macchia di leopardo. Per non soccombere al vortice di sollecitazioni e stabilire una comunicazione appropriata, necessita che il medico tenga ferma l'identità professionale di latore di una relazione di alleanza terapeutica nei confronti del paziente, modulata secondo la specifica fragilità di ogni assistito, ed al contempo di professionista che stabilisce rapporti collaborativi con i colleghi e paritetici con gli altri interlocutori compresenti.
- Occorre che il medico vagli quanto emerso nel contatto con l'utente, sottoponendolo ai quesiti filtro: quali sono le richieste espresse dal paziente? Quali sono a lui effettivamente attribuibili? Quali a interlocutori retrostanti? Che ruolo ha il curante rispetto a ciascuno degli agenti coinvolti nel caso? L'operazione può apparire scontata, ma non è così, perché richiede di essere attuata in tempo reale, nel vivo dell'incontro con l'assistito, in cui possono verificarsi interferenze emotive fuorvianti.

Alleanza terapeutica – metacomunicazione

- Un rapporto di "alleanza terapeutica" eviterà di rinviare reazioni speculari agli input emotivi ricevuti, permettendo di metacomunicare, ovvero di restituire una lettura "metabolizzata" delle problematiche manifestate, che consenta all'utente di decifrare ed affrontare costruttivamente le difficoltà, piuttosto che a farne terreno di scontro.
- La migliore metacomunicazione non può pretendere di ottenere obbligatoriamente la collaborazione dell'utente. Salvo le ristrettissime condizioni previste per i trattamenti sanitari obbligatori, il curante non può che prendere atto degli orientamenti degli assistiti, anche se difforni dalle indicazioni fornitegli.
- Laddove le decisioni del paziente implicassero pregiudizi professionali non accettabili, il medico ha facoltà di rinunciare a proseguire l'assistenza. Anche questo delicato passaggio richiede di essere metacomunicato, ovvero motivato con le incongruenze che ostacolano l'attuazione del percorso terapeutico, piuttosto che riferito al mancato riconoscimento della propria autorità medica, rendendo chiaro che il problema è la cura, non il curante.

Investimento affettivo vs investimento professionale

- La capacità di mantenere salda l'alleanza terapeutica e la capacità di metacomunicare è correlata all'equilibrio degli investimenti affettivi e professionali che sottendono l'interazione col paziente. Ogni relazione è connotata da: **l'investimento affettivo**, incentrato sulla gratificazione o sulla frustrazione personale che ne consegue; **l'investimento professionale**, ove l'interesse è rivolto prioritariamente alla processazione di quanto esperito, a vantaggio della finalità del ruolo esercitato.
- I due punti di vista non si escludono reciprocamente, bensì risultano coesistenti, in proporzioni coerenti con la natura dell'evento relazionale. L'equilibrio può peraltro modificarsi e invertirsi, rispetto alle interazioni emotive che si susseguono nell'incontro.
- L'integrazione della componente affettiva e di quella professionale richiede che il contatto col malato nasca sostenuto dai valori di solidarietà, connaturati nell'etica della professione, sostegno necessario per affrontare il percorso terapeutico. Se un **approccio freddo ed esclusivamente tecnico può risultare inappropriato, tuttavia il rapporto non può trascinare nel diretto coinvolgimento personale.** Risulterebbe fuorviante per l'utente, indotto a ritenere che il problema sia la disponibilità del curante a corrispondere ad ogni attesa; sarebbe deleterio per il medico, travolto da un carico emotivo insostenibile, se intimamente investito dalle problematiche manifestate da ciascun assistito.

La membrana

- La definizione di "alleanza terapeutica" ben coglie la compresenza calibrata delle componenti affettive e professionali della relazione medico-paziente. Il delicato equilibrio è soggetto a logoramento per l'interferenza dei vissuti emotivi in gioco. Per conservarlo, è richiesto di **regolare la permeabilità della "membrana emotiva"** attraverso cui transita la comunicazione col paziente.
- Occorre che tale funzione psicologica **consenta il flusso delle emozioni, salvaguardando però l'accesso al nucleo della vita intima**. Ciò rende possibile comprendere empaticamente i vissuti trasmessi dall'assistito, senza bruciarsi sul piano personale. Il controllo della membrana emotiva sfugge al diretto comando della volontà, in quanto meccanismo psichico automatico, che si attua sulla spinta di fattori affettivi consci ed inconsci.
- Qualsiasi connotazione caratteriale del medico può risultare idonea a decifrare le criticità del paziente, laddove il medico colga che la propria sensibilità entri in risonanza con l'input trasmessogli dall'assistito, venendo a fungere da schermo rilevatore.

Interferenza dei vissuti emotivi nella relazione di alleanza terapeutica

- Il problema cruciale è il superamento del conflitto tra le profonde radici etiche e narcisistiche della professione medica e le aggressioni che vi possono essere arrecate dall'interazione con l'assistito, laddove questi si senta frustrato nelle proprie aspettative, specificamente a quelle contraddittorie ed irrealistiche inconsapevolmente avanzate.
- Sentimenti svalutativi vengono proiettati sull'operatore, ledendone l'autostima e le motivazioni professionali. Il medico può trovarsi invaso da frustrazione, disorientamento, difficoltà a condurre un razionale percorso terapeutico, imbarazzo o contrarietà verso il paziente, sentimenti di disillusione e distacco dal proprio lavoro, con ciò assolvendo per intero gli item diagnostici della sindrome del burn-out.

- Ristabilire un congruo equilibrio tra investimento affettivo ed investimento professionale nel rapporto medico-paziente non è indolore, implicando un **sofferto processo di separazione, necessario per ripristinare l'appropriata distanza dal paziente,** azzerata dalla proiezione svalutativa patita. Il recupero evita di interiorizzare la contrarietà quale "offesa personale", riqualificandola come circostanza lavorativa, con la consapevolezza che l'oggetto della professione non è la malattia, ma il malato, in cui si assommano la patologia somatica e le incongruenze psicologiche correlate.
- **L'autostima e la motivazione professionale del medico non possono soggiacere al vissuto delusionale del paziente, ma vanno restituite alla serena valutazione che ogni professionista ha facoltà di effettuare sul proprio operato.**
- L'assetto mentale che sottende un rapporto di alleanza terapeutica col paziente richiama la funzione genitoriale, che ha come scopo essenziale la crescita dei figli, prima che il riscontro affettivo, pur legittimamente atteso.

L'assetto relazionale del medico verso i colleghi

- Nell'attualità le cure mediche necessitano del concorso di diversi sanitari, che costituiscono un'equipe contingente alle specifiche cliniche del caso trattato, corresponsabile della prestazione erogata. Naturalmente, tra colleghi non sussiste l'assetto asimmetrico medico-paziente. La deontologia prescrive un rapporto paritetico, basato sulla collaborazione, nell'osservanza delle reciproche responsabilità. Tuttavia, nella realtà la situazione può risultare più complessa e le eventuali divergenze richiedono di essere ricomposte, non potendosi accettare lo stallo operativo che ne conseguirebbe.
- Bion, autore di riferimento per lo studio delle dinamiche di gruppo, attesta che i conflitti non elaborati possono precipitare una regressione del funzionamento a livello psicotico. La criticità non è meramente ipotetica, al contrario, può verificarsi nonostante il corretto atteggiamento professionale di base, scalzato, in talune circostanze, dall'intensità delle sollecitazioni emotive in atto, amplificate dalla cassa di risonanza che la struttura gruppale inevitabilmente comporta.

- Si può verificare quindi che, anche tra soggetti inizialmente paritetici, si concretizzi un assetto relazionale asimmetrico, tra una "parte forte", capace di conservare l'assetto professionale, ed una "parte debole", in cui è prevalso il coinvolgimento personale. L'onere di ripristinare tra i professionisti la corretta distanza ed una comunicazione costruttiva ricade di fatto sulla "parte forte", chiamata ad attenersi ad una interlocuzione supportiva, ovvero concentrata sui problemi clinici e non coinvolta dai risvolti emotivi personali. Eventuali diversi orientamenti clinici, che legittimamente dovessero persistere, potranno essere comunque evasi serenamente, secondo l'ambito di responsabilità detenuto da ciascun operatore.

- L'intensità emotiva che si può generare nel gruppo facilmente provoca l'oscillazione e l'inversione tra posizioni forti e deboli; pertanto, ogni medico può trovarsi nella necessità di offrire o ricevere una modalità relazionale supportiva. Tuttavia, il MMG risulta particolarmente esposto, rivestendo più estesamente nel tempo la funzione di curante, collettore delle consulenze specialistiche e delle indicazioni alla dimissione ospedaliera.

Riflessioni conclusive

- La comunicazione medico-paziente non risulta più inscritta nei canoni storici, che la rendevano scontata. Modulare le relazioni richiede un percorso formativo più complesso del semplice richiamo ai principi deontologici o ad un atto di volontà, dovendosi maturare consapevolezza e capacità di controllo in tempo reale delle emozioni evocate dal contatto col paziente e con gli altri interlocutori implicati. Tale capacità richiede un percorso di formazione ed addestramento.
- La compresenza di differenti figure coinvolte, rende necessario estendere ad esse l'analisi delle istanze che convergono sul medico, in modo di consentire una restituzione congrua a ciascuno degli interlocutori ed evitare che il rapporto col paziente risulti condizionato.
- Se in passato l'obiettivo di un percorso formativo alla comunicazione col paziente era quello di meglio assistere il malato, ora altrettanto rilevante è preservare la serenità professionale, che per il medico non è mai parte trascurabile del benessere psicologico complessivo.

I Gruppi Balint

A partire dagli anni '50, Michael Balint ha organizzato seminari divenuti noti in tutto il mondo come "Gruppi Balint", volti a supportare medici ed operatori sociali rispetto alle criticità insorte nei rapporti coi propri pazienti. La **metodologia è stata ideata per aggirare gli ostacoli emotivi, consci ed inconsci**, in cui può incorrere il medico nell'incontro col paziente. In questo modo, Balint ha inteso rendere disponibili alcuni strumenti di comprensione delle dinamiche relazionali che si sviluppano nel contesto lavorativo, ad operatori non specialisti del settore. Questo percorso di formazione ed addestramento è caratterizzato da una forma comunicativa peculiare, che si stabilisce tra i partecipanti del Gruppo, suddivisi per specifici ruoli. Il Gruppo Balint è aperto fino a 8/10 partecipanti, che effettuano incontri di circa 1,5 / 2 ore a cadenza quindicinale. Precedenti esperienze hanno evidenziato buoni risultati formativi, attuando 2 cicli di 6 incontri ciascuno per ogni anno. Al fine di affinare progressivamente la capacità di gestire le dinamiche affettive attivate dai pazienti, risulta particolarmente importante la regolare partecipazione agli incontri, in cui volta per volta i medici possono scambiarsi i ruoli di narratore e uditore.

Ruoli e metodologia comunicativa adottati nel Gruppo Balint

Il narratore: in ogni incontro è offerta ad un medico l'opportunità di esporre al Gruppo dei colleghi una situazione lavorativa risultata problematica per le criticità insorte nel rapporto col paziente. Il metodo richiede che l'evento riferito non sia una dettagliata relazione clinica, sviluppata su un prolungato arco temporale, ma sia circoscrivibile a **quanto è avvenuto sul piano interpersonale, durante un circostanziato contatto col paziente.** Il racconto, impresso dalle interazioni affettive consce ed inconsce intercorse tra medico e paziente, costituisce **"la vignetta"**, il materiale su cui lavorerà il Gruppo. Il contesto clinico, necessario alla comprensione, potrà essere riassunto dal narratore, quale "cornice della vignetta". Al fine di non occultare le dinamiche emotive intercorse tra medico e paziente con letture razionalizzanti, occorre che, al termine dell'esposizione, il narratore non possa più interloquire coi presenti, riprendendo la parola solo al termine dell'incontro, nella considerazione finale a lui riservata, ove avrà modo di restituire al Gruppo come egli si sia rispecchiato o meno nella disamina effettuata dai colleghi e se ciò gli abbia consentito di rielaborare la criticità in cui era incorso.

Gli uditori costituiscono lo strumento per elaborare la "vignetta". Essi riescono ad immedesimarsi nelle criticità che hanno ostacolato il medico, condividendone l'identità professionale, mentre al contempo possono decifrare obiettivamente il materiale presentato, schermati dal diretto coinvolgimento nella vicenda.

Gli uditori processano "la vignetta", con particolare riguardo a quanto risultato vago o contraddittorio, ovvero segnatamente rappresentativo delle dinamiche conflittuali verificatesi. L'esame viene condotto avvalendosi dei quesiti filtro individuati da Balint per far affiorare dal testo narrato il groviglio di sollecitazioni proiettate sul medico: chi sono gli interlocutori implicati nel racconto esposto? Quali sono le istanze poste? Che ruolo riveste il curante rispetto a ciascun interlocutore? Quali aspettative sono da lui solvibili e quali sono impossibili o debbono essere riportate ai referenti appropriati? Sono i medesimi interrogativi che il medico non è riuscito a chiarire nel contatto con l'utente, sviato dalle interferenze emotive. In ultimo, il Gruppo si pone la questione riassuntiva, che esplora il disagio interiore del medico: quale motivazione lo ha indotto ad esporre il caso e cosa si attende dalle riflessioni dei colleghi? Viene così supportato il recupero dell'autostima e della motivazione professionale del sanitario, altrimenti lasciato ad una sofferta rielaborazione solitaria. La presenza di uditori dotati di diverso carattere e profilo di personalità, non costituisce un ostacolo al lavoro del Gruppo, bensì una risorsa, in quanto permette di "fotografare" a 360° le criticità contenute nella narrazione, grazie alla specifica sensibilità di ciascuno.

Il conduttore del Gruppo non impartisce lezioni teoriche, non funge da moderatore di un dibattito fra pari, nè da giudice di eventuali divergenze, ma guida il flusso del dibattito in riferimento ai quesiti canonici balintiani del "chi chiede", "che cosa chiede", "perché chiede", facendo da specchio alle considerazioni formulate in merito dagli uditori. Per questo eviterà che l'attenzione del gruppo collassi nella "ricerca del torto e della ragione" della vicenda in esame. La caccia al "colpevole" costituisce infatti un falso bersaglio, che devia l'attenzione dai fattori di disagio veicolati dal paziente e scaricati proiettivamente sul medico. Compito del leader è inoltre quello di preservare il setting metodologico, per cui non consentirà il dibattito diretto che gli uditori tendono spontaneamente ad instaurare col narratore. Per lo stesso motivo, non sono ammesse richieste di chiarimento sul racconto esposto rivolte direttamente al narratore, fungendo il conduttore come unica memoria del testo narrato, consultabile dagli uditori. Al termine degli interventi degli uditori, il conduttore potrà evidenziare come essi si siano identificati rispetto ai protagonisti del racconto, come si siano riconosciuti nel disagio vissuto dal "narratore", quali ipotesi abbiano formulato per superare l'empasse.