

Un modello di funzionamento di un Gruppo Balint

(da J.Salinsky "Balint groups and the Balint method", The Balint Society, 2013)

Struttura dei gruppi

La partecipazione in ogni gruppo rimane per quanto possibile fissa e stabile, in modo da permettere ai partecipanti di abituarsi a lavorare insieme e di conoscersi meglio. Alcuni restano solo un anno, altri hanno un programma di training che dura tre anni. Per molti aspetti sarebbe meglio avere due conduttori per ogni gruppo, perché così possono essere complementari e condividere le responsabilità. Questo è talvolta possibile quando c'è un numero sufficiente di formatori addestrati col metodo Balint. Comunque, pensiamo che sia più importante che i gruppi non diventino troppo grandi perché questo può rendere difficile alle persone parlare liberamente del proprio lavoro e di se stessi.

Regole fondamentali

All'inizio dell'anno forniamo una breve spiegazione delle finalità e degli obiettivi del gruppo. Di solito diciamo che offriremo ai partecipanti l'opportunità di presentare e di discutere i casi di pazienti che hanno suscitato particolari preoccupazioni. Possono essere pazienti difficili o sconcertanti o che fanno sentire a disagio il loro medico. Siamo anche interessati a quei pazienti che piacciono al medico e per i quali si preoccupa ma che non sa bene come fare ad aiutare. Diciamo che il focus della discussione sarà su ciò che accade nella relazione medico-paziente. Diciamo che nella nostra esperienza comprendere il paziente come persona è di gran lunga la parte più difficile del lavoro del medico di famiglia. I partecipanti possono non essere d'accordo su questo punto, specialmente nelle prime fasi quando sono più in ansia all'idea di non riuscire a fare una diagnosi somatica. Diciamo che non ci preoccupiamo tanto di trovare soluzioni (anche se queste saranno certamente discusse) ma piuttosto di esplorare e capire ciò che sta accadendo. Questa affermazione dovrebbe apparire accettabile come una riformulazione del monito di conseguire sempre una diagnosi prima di iniziare un trattamento. Siamo molto interessati ad avere dei resoconti di follow up perché ascoltare ciò che è accaduto nella visita successiva è un modo eccellente per verificare se la precedente discussione è stata utile al medico che ha presentato il caso.

Infine suggeriamo alcune regole fondamentali:

1. Ogni cosa detta nel gruppo sarà considerata confidenziale, sia che riguardi i pazienti o i colleghi o gli stessi membri del gruppo;
2. Ogni partecipante deve essere ascoltato e i contributi di ciascuno devono essere oggetto di rispetto;
3. Anche se le persone possono parlare della loro storia personale, se gli sembra importante, non sarà permesso ai partecipanti di fare domande inappropriate o intrusive ad altri membri sulle loro qualità personali, le loro esperienze infantili o i loro lutti.

Responsabilità del conduttore del gruppo

Il conduttore ha la responsabilità di far sì che le regole fondamentali una volta concordate vengano rispettate. Ha la responsabilità di iniziare e di concludere puntualmente le sedute. Il tempo disponibile è di solito di un'ora e mezza e abitualmente può accogliere due presentazioni, una delle quali può essere un follow up di un caso discusso in precedenza. Durante la seduta il conduttore

deve controllare il modo in cui ciascun membro sembra partecipare. Può accorgersi che qualcuno sta cercando senza successo di intervenire, e allora gli darà spazio. O viceversa che qualcun altro sta parlando troppo e può dovergli gentilmente ricordare che se è importante parlare è anche importante ascoltare. Come per qualsiasi tipo di lavoro in piccolo gruppo, è vitale che i membri percepiscano il gruppo come un luogo sicuro in cui possono parlare di come si sentono e di come si sono comportati senza che qualcuno gli salti addosso o li ridicolizzi.

Un conduttore o due?

I gruppi funzionano spesso con un conduttore. Tuttavia quand'è possibile io preferisco decisamente lavorare con un partner! I vantaggi sono i seguenti:

1. Qualcuno con cui alla fine poter discutere sul gruppo.
2. Qualcuno che possa notare le cose che ti sei perso. Le interazioni di gruppo possono correre molto veloci. Un conduttore può sentire qualcosa che all'altro è sfuggito e raccoglierlo.
3. Qualcuno di un'altra disciplina che vede il processo di gruppo in un modo leggermente diverso.
4. I conduttori possono darsi reciprocamente supporto in vari modi. Se uno si fa coinvolgere troppo dal caso, l'altro può intervenire a recuperarlo, oppure tenere d'occhio il gruppo mentre il primo è impegnato.

Il lavoro del gruppo

Cercherò di dare un'idea di ciò che accade in una delle mie sedute di GB oltre che delle mie osservazioni e dei miei interventi come conduttore. (...)

1. La presentazione

Quando tutti si sono sistemati chiedo "Chi ha un caso di cui vorrebbe parlare?". Ricordo anche al gruppo che siamo interessati alle "visite di follow up". Può esserci una lunga pausa prima che qualcuno parli. Nei primi tempi le persone sono innervosite all'idea di presentare il proprio lavoro. Io non incarico mai qualcuno di portare il caso la settimana successiva, così le presentazioni sono spontanee e offerte senza appunti o documentazioni. Se c'è più di un caso che viene offerto, decidiamo per mutuo accordo chi parlerà per primo. I casi "urgenti", cioè molto ansiogeni, hanno la priorità.

A quel punto il primo medico presentatore ci racconta del suo paziente. (...) Gli viene permesso di parlare senza interruzioni finché non ha finito. Io cerco di ascoltare con la massima attenzione e disponibilità possibili e spero che questo fornisca a tutti gli altri, se ne avessero bisogno, un modello di "come ascoltare".

Durante la presentazione osservo l'umore, il tono di voce e il linguaggio corporeo del narratore per farmi un'idea di come il parlare del suo paziente lo influenzi sul piano emotivo. Alcune presentazioni vengono fatte a voce attenuata e con gli occhi bassi; altre sono piene di animazione e comprendono dirette citazioni delle parole o dei gesti del paziente. Alcune esprimono l'ansia del medico e il suo sentimento di impotenza. Tutte queste emozioni sono facilmente percepibili dai membri del gruppo che incominciano anch'essi a provarle.

Spesso il presentatore assumerà in sé alcune delle caratteristiche del paziente; gli effetti che in termini emozionali questo provocherà sul gruppo possono rispecchiare gli effetti che il paziente ha provocato in lui. Questo fenomeno è conosciuto col nome di "processo parallelo".

Che genere di storie ascoltiamo in queste presentazioni? I problemi più tipici comprendono:

- Il paziente con sintomi cronici inspiegabili sul piano medico o con sintomi psicosomatici.
- Pazienti che fanno richieste che appaiono inappropriate: ricette, certificati, lettere, invio agli specialisti, accertamenti costosi come risonanze magnetiche etc.
- Pazienti che sono insolenti o sarcastici, specialmente quelli che sottolineano al giovane età del medico o la sua limitata esperienza.
- Pazienti che portano il medico a sentirsi confuso.
- Conflitti familiari, problemi con l'adolescenza o questioni coniugali.
- Difficoltà a capire persone che appartengono ad un'altra cultura.
- Pazienti severamente depressi che fanno accenni al suicidio.
- Pazienti che, a fronte di un pessimo comportamento, potrebbero avere davvero una grave malattia fisica.

2. La fase d'indagine

Quando il medico ha finito la sua presentazione, lo ringrazio e chiedo se qualcuno ha qualche domanda da fare su questioni pratiche che potrebbero essere sfuggite o rimaste inascoltate. Tali domande potrebbero essere: quanti anni ha? che aspetto ha? ha un partner? Spiego che un Gruppo Balint funziona meglio se al presentatore in questa fase iniziale vengono risparmiate domande sui suoi sentimenti verso il paziente o sui motivi per cui ha fatto certe cose - o su che cosa intenda fare in seguito. Voglio evitare una situazione in cui il presentatore venga bombardato di domande di questo genere. Ciò può apparire strano a chi sia più abituato ad un diverso stile di supervisione, ma c'è una ragione per questo. Un eccessivo interrogatorio del presentatore impedisce agli altri membri del gruppo di esplorare e riflettere sui propri pensieri riguardo alla storia che hanno ascoltato e ai sentimenti che questa ha suscitato in loro. Hanno bisogno di interrogarsi, tra sé e sé e ad alta voce, su come si senta il paziente, su ciò che vuole realmente dal suo medico, su come si sentirebbero loro se fossero nei panni del medico.

3. La fase del "farsi indietro"

Per evitare l'interrogatorio del presentatore spesso metto fine alle domande dopo qualche minuto o quando cessano di riguardare questioni eminentemente pratiche. Allora chiedo al presentatore di spostare indietro la propria sedia di pochi simbolici centimetri e quindi di non prendere più parte attivamente alla discussione per una ventina di minuti, pur continuando ad ascoltare. Questa è chiamata la fase del "farsi indietro". In questo lasso di tempo ai membri del gruppo viene chiesto di non rivolgere domande o dichiarazioni direttamente al presentatore. I partecipanti colgono abbastanza presto il senso di questa regola del gioco e di solito la seguono volentieri. Ora sono liberi di mettersi a lavorare sul caso per conto loro, usando la propria esperienza, la propria immaginazione e, ciò che più importa, le proprie reazioni emotive. Dopo un tempo ragionevole (di solito circa 20 minuti) il presentatore è invitato a rientrare nel gruppo e a condividere i propri pensieri.

All'inizio la discussione è spesso molto "medica". Il gruppo può tentare di formulare una diagnosi organica o psichiatrica; qualcuno può suggerire l'invio allo specialista o a un counsellor o all'assistente sociale. Se il paziente sta facendo al presentatore delle richieste problematiche, il gruppo può cercare di proteggere quest'ultimo raccomandandogli di porre limiti rigidi nelle prescrizioni, nel rilascio di certificati o nella frequenza delle visite. Può esserci la tendenza a sbarazzarsi del caso liquidandolo con qualche generalizzazione riguardo alle difficoltà che i medici hanno in comune, come la mancanza di tempo, la pressione a visitare troppi pazienti, l'inesperienza o la vulnerabilità. I membri del gruppo possono riferire su casi simili tra i loro pazienti in modo tale da abbandonare il paziente originario. In queste situazioni come conduttore del gruppo devo

decidere per quanto tempo lasciare andare avanti la discussione in questo modo prima di intervenire. Voglio permettere a ciascuno di dire la sua e di esprimere le proprie preoccupazioni, ma prima o poi devo anche riportare l'attenzione sul "paziente come persona" e sull'interazione emotiva tra un determinato medico e un determinato paziente. Altrimenti, nonostante la discussione possa rivelarsi fruttuosa, lo specifico beneficio del processo Balint andrebbe perduto.

4. *Gli interventi del conduttore*

Se il gruppo si concentra sulla relazione medico-paziente il conduttore può avere assai poco da fare. Egli monitora la discussione e, se sente che sta andando un po' alla deriva, da un colpetto alla barra del timone per riportarla sulla rotta. Gli interventi hanno spesso la forma di domande aperte indirizzate al gruppo nel suo insieme piuttosto che a singoli membri. La domanda può trasformarsi in un commento del tipo: "Mi chiedo come si sia sentito il paziente alla fine di quella visita...". Il conduttore può anche chiedere (o chiedersi) che sentimenti provino i membri del gruppo verso quel paziente: gli sta simpatico? sono dispiaciuti per lui? sono arrabbiati con lui o sono indifferenti? Che cosa vuole il paziente da questo medico? Che genere di medico vuole che sia? E' consuetudine astenersi da termini tecnici come "proiezione" o "transfert", ma lo scopo è quello di incoraggiare i membri del gruppo a diventare consapevoli dei propri sentimenti e a provare una certa empatia. All'inizio questo può non essere facile perché i membri del gruppo devono sentirsi sufficientemente sicuri per abbassare le difese che li hanno finora protetti dal "coinvolgimento emotivo" con i loro pazienti. E in effetti condividere e provare anche solo in parte il dolore di un paziente angosciato può essere davvero penoso.

Se l'impegno emotivo con un singolo paziente diventa troppo disturbante, il gruppo può cercare di dirigersi verso acque più calme. Il presentatore può venire rassicurato con qualche generalizzazione ("i pazienti con disturbi di personalità sono incurabili, non ci puoi fare nulla") e gli può essere consigliato di inviare il paziente a un servizio specialistico e di ridurre al minimo il proprio coinvolgimento. Il conduttore potrebbe a quel punto intervenire per dire che una consulenza specialistica potrebbe indubbiamente essere utile, ma il paziente continuerà ad avere bisogno di un medico di famiglia, e che il ruolo del gruppo è cercare di capire quello che sta accadendo nell'attuale relazione medico-paziente.

Se il gruppo sta realmente rischiando di dimenticare l'esistenza del paziente presentato, il conduttore può riportarlo all'interno della discussione in certo senso rappresentandolo; potrebbe dire: "se io fossi quel paziente mi sentirei molto perso e abbandonato; sentirei che non c'era nessuno che si prendesse cura di me...". Questo genere di intervento può essere uno strumento molto potente di rivitalizzazione della capacità del gruppo di provare sentimenti.

In generale gli interventi del conduttore hanno lo scopo di incoraggiare il gruppo a restare a contatto con i propri sentimenti e a rischiare un po' di empatia con il paziente. Il conduttore inviterà [i membri] a fare ipotesi e riflessioni sulle relazioni del paziente e sul suo mondo interno, e cercherà di aiutarli, ad esempio, a tollerare l'incertezza, l'ambiguità e i periodi di silenzio.

5. *Come finisce una seduta Balint?*

Poiché non stiamo cercando soluzioni, la fine della seduta è spesso inconcludente. Il conduttore potrà riassumere la discussione (ma non è una regola) o fare qualche commento su ciò che è stato acquisito. Non farà alcuna raccomandazione sulla gestione ulteriore di questo caso o di casi simili. Di solito ringrazierà il presentatore per avere fornito il caso e gli chiederà di riportare un follow up quando si sentirà pronto a farlo.