

***IL CARAVANSERRAGLIO DELLE TERAPIE: VETRINA SCINTILLANTE DI RIMEDI
O SPAZIO DI INCONTRO FRA PROFESSIONI CHE SI PRENDONO CURA***

Alemanni F., Marinoni A., Piana P., Zoli F.

Abstract

key words: disturbo da attacco di panico, postmodernità, lavoro di rete, intervista semistrutturata

Questo contributo, vuole proporre alcune riflessioni emerse da un lavoro di ricerca (intervista semistrutturata nelle province di Forlì - Cesena, Ravenna, Rimini) fra terapeuti della Gestalt ed alcuni specialisti, che pur appartenendo a contesti e professioni diversamente coinvolte nella cura (medici di base, psichiatri e operatori di Discipline Bionaturali), si possono facilmente trovare ad intercettare la richiesta d'aiuto di pazienti con disturbo d'ansia fino al limite dell'attacco di panico. Obiettivo del lavoro è l'esplorazione di ciò che accade al confine di contatto fra terapeuta e paziente per fare emergere vissuti, modalità di intervento, pensieri e idee che permettano l'elaborazione di più adeguati contesti relazionali di cura.

Introduzione teorica

Questo intervento, prodotto dal gruppo Gestalt Research Romagna, vuole proporre alcune riflessioni scaturite da un lavoro di confronto e ricerca fra terapeuti della Gestalt ed alcuni specialisti ed operatori, che pur appartenendo a contesti e professioni diversamente interessate alla cura, si possono trovare ad intercettare, soprattutto nelle sue fasi iniziali, acute e spesso caotiche, la richiesta d'aiuto di pazienti con disturbo d'ansia fino al limite del panico. L'orizzonte teorico di riferimento è quello fenomenologico ermeneutico della Psicoterapia della Gestalt che considera fondamentale l'esperienza del campo terapeutico come possibilità per il paziente di assumere consapevolezza delle modalità con cui interrompe l'episodio di contatto e sperimenta l'angoscia. L'ansia che si manifesta nel corpo può essere riletta come segnale e causa del blocco di un percorso che chiede di essere risignificato e sostenuto verso la crescita del soggetto.

L'analisi del contesto socioculturale della post-modernità fa, peraltro, risaltare uno sfondo complesso in cui le persone, da un lato sperimentano la possibilità di incontrarsi e conoscersi abbattendo le distanze e riducendo i tempi di attesa; dall'altro, si confrontano con la mutevolezza e cedevolezza delle reti di appartenenza e la frammentazione dei modelli di riferimento in continuo e repentino cambiamento. Anche il Villaggio Globale delle cure sembra proporsi come una vetrina di rimedi facilmente accessibili e, in apparenza di rapida efficacia, che si prestano ad un consumo spesso solitario, lasciato all'intuizione del soggetto o al veloce scambio di informazioni.

E' evidente che il dibattito attualmente in atto sulla contemporaneità non può non riguardare anche gli ambiti in cui la psicoterapia si muove; i nodi della contemporaneità emergono all'interno della relazione terapeutica nelle nuove forme di sofferenza di cui l'esperienza dell'attacco di panico, in particolare, si evidenzia come proprietà emergente del campo O/A quando viene a mancare il terreno sotto i piedi o quando la confluenza con le appartenenze diventa problematica o si spezza permettendo l'irrompere di un acuto senso di precarietà e fragilità delle sicurezze e degli sfondi scontati.

Si pone, dunque, il problema, clinicamente e socialmente rilevante, di sostenere la costruzione di appartenenze che possano dare il supporto necessario per reggere la solitudine, il limite, la precarietà in un contesto caratterizzato da frammentazione e complessità.

Nell'esperienza del panico, lo sfondo si frantuma, il sé impegnato nel contattare si trova come sospeso, la figura è senza sfondo, il senso/l'eccitazione/l'azione non possono essere sostenute, nasce il vissuto di pericolo estremo, di morte imminente. E' lo sfondo che di colpo crolla: la caratteristica fondamentale e specifica di un attacco di panico va, infatti ricercata nello sfondo

che diventa improvvisamente figura proprio perché sta crollando, mentre la figura del contattare, che in quel momento si sta formando, contemporaneamente si dissolve. Dopo il primo attacco, la paura che il *ground* possa cedere fa 'sì che resti fissamente figura ciò che normalmente è invece sfondo, e quindi i contatti scontati ed acquisiti restano figura: "Sto respirando bene? Le mie gambe, il mio cuore mi reggeranno? Vedo i miei punti di riferimento?, etc"

Il panico è un fenomeno di confine che ha una funzione protettiva per l'organismo nelle situazioni di estremo pericolo ambientale. Nell'attacco di panico, invece, non vi è una minaccia ambientale concreta, estrema e presente, né vi è il riemergere del ricordo di un'esperienza traumatica, tuttavia sia pur con estrema e acuta intensità assume funzione protettiva del confine di contatto.

L'attacco di panico può essere definito come un episodio di ansia acuta senza sostegno. Nell'attacco di panico lo scarto improvviso tra eccitazione e sostegno è centrale: l'organismo, che sente crescere l'eccitazione, non è in grado di reggerla non trovando nell'ambiente il sostegno adeguato né sufficiente auto-sostegno (Francesetti G., 2005)

Sappiamo che in Pdg un sintomo è "un appello alla relazione", e dunque ci siamo chiesti cosa succede al confine di contatto tra il paziente che soffre di un disturbo da panico e l'operatore che di lui si prederà cura?

Sappiamo quanto il paziente sia spesso portatore di una richiesta frammentata, contrassegnata dall'urgenza e dal bisogno di ottenere qualcosa cui "aggrapparsi" e altrettanto spesso il contesto terapeutico cede alla tentazione di proporre rimedi e trattamenti destinati ad essere inghiottiti con facilità e poca consapevolezza, confluendo in questo senso con il senso di urgenza portato dal paziente.

Se assumiamo, però, che l'attacco di panico è, proprio in quanto sintomo, una possibilità ed una richiesta di evoluzione in una certa fase del proprio percorso esistenziale, dovremmo aspettarci che quanto più il professionista coglie ed ha in sé questa lettura, questa pre-comprensione, tanto più farà attenzione non solo al sintomo, all'urgenza e alla richiesta spesso strumentale, ma si presenterà in modo tale da contribuire alla costruzione contestuale di un *ground* relazionale sufficientemente affidabile, rassicurante e sostenitivo per la crescita del paziente.

A partire da questi presupposti, il focus della nostra indagine si è orientato intorno a due principali temi generatori:

1. rilevare e osservare cosa succede al confine di contatto tra il paziente che lamenta un disturbo da panico e gli operatori, che a vario titolo, si possono trovare ad occuparsi della sua richiesta d'aiuto.
2. mettere in evidenza l'esistenza e le caratteristiche della rete che collega gli operatori, che di fatto costituiscono, nello stesso momento, la figura da contattare e lo sfondo che deve fornire sostegno al paziente.

Dal punto di vista strettamente metodologico, infine, ci siamo chiesti, quale carattere di novità poteva apportare questo tipo di indagine e come e in che misura potesse essere collocata all'interno di una prassi di ricerca.

Ci sembra importante riprendere alcuni interventi proposti proprio in occasione di un contesto analogo a questo, ovvero il secondo congresso della Fiap (Siracusa 2005) i cui atti sono stati raccolti nel testo "L'implicito e l'esplicito in psicoterapia" a cura di Margherita Spagnolo Lobb, dobbiamo sottolineare che la "ricerca deve essere opportunamente declinata al particolare oggetto di indagine dinanzi cui essa si trova. La psicologia e la psicoterapia si pongono, infatti, come deputate allo studio «scientifico» della realtà psichica umana, alla sua conoscenza e trasformazione, ovvero come «ricerca-azione e scienza del soggetto, della relazione, del disagio e della patologia individuale...» Il tentativo degli ultimi anni è stato quello di offrire, quindi, un modello di scientificità – la scientificità del qualitativo – che sappia offrire possibilità di lettura, di comprensione, e di "controllo" che rispettino la specificità propria del lavoro psicologico e di quello clinico in particolare" (Lo Verso G., Lo Coco, G. Gullo S. 2000). Citando Cionini che sottolinea come una "prima discriminante" riguardi "l'oggetto della ricerca e i suoi due ambiti principali": 1) ricerche sugli effetti degli interventi; 2) ricerche sui processi psicoterapici" (Cionini L., 2000), abbiamo soffermato la nostra attenzione sui processi che precedono, accompagnano, seguono, orientano la scelta e la prosecuzione dell'intervento psicoterapeutico. Abbiamo scelto di utilizzare il modello epistemologico ermeneutico della Psicoterapia della Gestalt che pone al centro dell'attenzione il confine di contatto fra organismo e ambiente, cercando di spostare il focus per osservare diverse modalità di contattare l'altro e l'ambiente, esplorando anche globalmente la rete, come precedentemente evidenziato rispetto ai due livelli di osservazione. Lo scopo dell'indagine, inoltre, è stato soprattutto quello di organizzare un primo contatto con gli operatori con cui costruire eventualmente un futuro dialogo. Da questo punto di vista, infatti, la ricerca non vuole avere un carattere statisticamente significativo, ma solo essere una prima esperienza di indagine qualitativa, sperimentale e pilota a cui eventualmente potranno seguire momenti di approfondimento.

La scelta dell'intervista semistruutturata, infine, ci ha permesso di avventurarci, poi personalmente e in prima persona, accettando il rischio e la novità del contattare i singoli operatori, perlustrando la rete che ci circonda, con le nostre stesse curiosità, precomprensioni, esperienze, tutto ciò che complessivamente amiamo chiamare pre-contatto. Nella prosecuzione delle diverse fasi abbiamo cercato di orientarci, di manipolare l'ambiente, di fornirci reciprocamente sostegno come gruppo per giungere a incontrare l'altro, con la sua professionalità, il suo ambiente, le sue aspettative: abbiamo attraversato sale di attesa di ambulatori restituiti alla calma dopo la ressa delle visite, case private accoglienti, centri ovattati e ripieni di profumi. Nell'incontro abbiamo cercato di lasciarci provocare dalla novità dell'altro e della sua esperienza e abbiamo colto la disponibilità e la curiosità suscitata dalla particolarità dell'esperienza.

La Ricerca

A partire da queste premesse e consapevoli che il disturbo da panico è un tipo di sofferenza che interessa in modo massiccio soprattutto il corpo del paziente e che, quindi, i punti di riferimento per tali pazienti sono, almeno nella prima fase acuta, quasi esclusivamente di tipo strettamente medico-sanitario, abbiamo voluto anche intervistare alcuni operatori delle emergenti Discipline Bionaturali. Tali pratiche, infatti, sempre più trovano spazio e diffusione nel variegato mondo del benessere e della salute e a vario titolo, quindi, possono trovarsi ad entrare in contatto con questo tipo di pazienti.

In particolare sono stati presi contatti con: 15 medici di base equamente suddivisi nelle 3 province di riferimento (Ravenna, Forlì - Cesena, Rimini), 4 psichiatri; 8 operatori appartenenti al mondo delle Discipline Bionaturali.

Per il contatto con i medici di base è stata chiesta la collaborazione dell'Ordine dei Medici e dei rispettivi referenti di nucleo delle 3 province interessate. L'idea iniziale che ci aveva guidato era quella di ricercare una "sorta di rappresentatività" di questi soggetti rispetto ai colleghi. Nelle fasi successive, viste le difficoltà di far combaciare impegni e orari e considerando che l'intervista chiedeva di riportare la propria esperienza personale, abbiamo preferito lasciarci guidare sia da alcuni nominativi che ci venivano suggeriti sia dalla nostra rete di contatti personali. In questo modo, sentivamo di rimetterci in sintonia con il nostro modo di lavorare che ci chiede di fermarci a considerare cosa accade nel campo, di ascoltare anche come possiamo orientarci nella situazione, soffermandoci a prendere meglio consapevolezza delle nostre intenzionalità.

Per quanto riguarda il mondo delle Discipline Bionaturali ci siamo resi conto che comprende, in realtà, un panorama piuttosto variegato, in cui le varie discipline possono articolarsi in percorsi differenziati (corso all'utilizzo del massaggio shiatsu, corso di fitoterapia, scuola di omeopatia unicista) o strutturarsi in iter formativi che riuniscono varie tecniche di intervento all'interno di approcci più comprensivi. Per gli operatori provenienti da questi ambiti, la scelta è stata, in parte suggerita dal Presidente dell' Ordine dei Medici, per quanto riguarda il medico omeopata e il medico agopuntore, in quanto membri di una commissione all'interno dell' Ordine stesso. Le altre figure professionali, invece, sono stati raggiunti attraverso canali informali di conoscenza e facendo riferimento a realtà associative presenti su scala nazionale (A.P.O.S. e D.B.N.)

L'intervista è stata costruita intorno a 3 macro-aree a loro volta suddivise in micro- aree d'interesse specifico.

AREA 1: la proposta di cura/intervento. (l'incontro tra il paziente e l'operatore della salute attraverso la figura dell'ansia/panico; il paziente: stile di contatto – come si presenta al confine di contatto l'operatore della salute: formazione, approccio, pre – comprensione).

AREA 2: modalità dell'intervento proposto (tempi in cui si realizza la proposta d' intervento durata dell'intervento; livello di accettazione da parte del paziente).

AREA 3: livello di soddisfazione/ efficacia dell'intervento proposto (limiti e risorse riscontrati nell'intervento proposto; conoscenza e utilizzo della rete degli operatori della cura/salute; limiti e risorse della rete degli altri operatori)

A partire dall'osservazione delle opinioni che sono state espresse durante l'intervista abbiamo potuto evidenziare come nelle diverse fasi che contraddistinguono il percorso, a volte lungo e tortuoso, che porta il paziente ad incontrare un operatore della cura all'interno del caravanserraglio delle terapie possiamo immaginarci diversi scenari che in qualche modo strutturano il campo di esperienza.

Lo scenario iniziale è costituito dall'incontro della persona con il medico di medicina generale. In realtà questo è talvolta preceduto da una visita e richiesta /offerta di prestazione in Pronto Soccorso.

Il **Campo costituito dal Medico di base/Paziente**, è spesso caratterizzato da un senso di urgenza, l'urgenza della richiesta d'aiuto proposta dal paziente e l'urgenza del medico di trovare una risposta soddisfacente nel poco tempo che ha normalmente a sua disposizione, nell'assenza di protocolli d'intervento specifici e standardizzati dall'ASL che abitualmente sono fonte di sostegno per il medico. Il confine di contatto, quindi, appare teso, condizionato dalla fretta, instabile, precario. Si tratta di un contatto in cui è difficile trovare o costruire uno

spazio in cui “respirare”. La richiesta è spesso quella di stare subito bene e di scongiurare patologie organiche più serie. La variabile tempo risalta come particolarmente significativa e la consapevolezza che siamo di fronte ad un paziente che ha bisogno di tempo e che va accompagnato in un percorso è comunque opinione diffusa:

“.....questo è un paziente che sfugge....” ;“Qui bisogna vedere il malato e non la malattia”;“parlano con un’ apprensione particolare. Qui vedi la sovraccitazione dell’intero soggetto. Non c’è solo un sintomo, c’è un corteo di sintomi fisici. Percepiscono un senso acuto di disagio, ma non ben definito. Arrivano confusi agitati, molto preoccupati...”; “.....credo che l’approccio iniziale debba essere comportamentale. Il paziente vuole essere rassicurato. Spesso poi la cosa si ferma lì....”; “.....Spesso c’è una difficoltà da parte dei pazienti ad inquadrare il problema. Non tutti sanno cos’è il panico.....”; “.....arrivano con drammaticità, come se si trattasse di un grave disturbo somatico e non psichico...”; “....E’ una sofferenza forte, bisogna fare rapidamente.....”; “sono pazienti che hanno bisogno di essere ascoltati prima ancora che capiti.....”; “.....Provo un senso di ansia da ricercare davanti a loro, perché non so mai come prenderli, perché bisogna conoscere, non solo come toccare la pancia o ascoltare il cuore, bisogna vivere quello che ha vissuto, bisognerebbe anche far domande sull’affettività, sulla parentela, su certi vissuti che, nell’ambulatorio di base non puoi sempre...”; “.....Sì,provo una certa difficoltà con loro,... paura di una cosa “dove si cammina un po’ non sul certo”devi capire più cose. Per questo ho fatto il corso di medicina olistica, perché lì c’è la grafia che ti aiuta: perché puoi capire se c’è un fatto psichiatrico o puoi capire se c’è un sovraccarico d’ansia, di lavoro.....”

All’interno del **campo Medico di base/Paziente**, il farmaco è sempre presente al confine di contatto. Proposto abitualmente, il farmaco, a volte viene accettato con riluttanza dal paziente o in alcuni casi decisamente rifiutato, altre volte viene proposto ed utilizzato come “talismano” con il significato esclusivo di un oggetto di assicurazione. In molti altri casi, la terapia farmacologica riduce o fa scomparire il sintomo e, quindi, in quel caso la situazione viene considerata risolta. Sembra, tuttavia, che la difficoltà al confine di contatto si verifichi proprio quando il farmaco non funziona, quando le recidive aumentano ed è soprattutto allora che il medico cerca di spostare l’attenzione del paziente dal sintomo fisico e organico all’ipotesi legata alla psicologia, alla qualità della vita e alla capacità/incapacità di gestire lo stress e il sovraccarico emotivo (definizione maggiormente indicata come valida nella descrizione del disturbo da panico).

A volte l’atteggiamento sembra muoversi fra due diverse polarità: da un alto c’è la situazione in cui il medico tenta di offrire una lettura psicologica veloce e sommaria del disagio che

viene inghiottita dal paziente, inizialmente con parziale sollievo, perché allontana il pericolo del disturbo fisico; poi tende ad essere rigettata e si accompagna ad una nuova richiesta di aiuto in un tempo più o meno ravvicinato; sull' altra polarità si riscontra lo sforzo di una presa in carico onnicomprensiva che tende ad offrire uno spazio di ascolto e contenimento: tale spazio, nella cornice di un tempo frettoloso e poco supportato da conoscenze che possano dare sicurezza, risulta spesso fluttuante e estemporaneo; il paziente sembra cogliere questo spazio, inizia a raccontare di sé, ma nel tempo questo spazio svela inadeguatezze e frustrazioni; ed è quasi esclusivamente in questo momento che il medico si orienta verso l'invio ad altro professionista.

“.....Gli consiglio uno psicologo, gli do qualche nominativo; a volte faccio la richiesta di visita specialistica al Simap, ma loro non fanno la consulenza psicologica, ma solo quella psichiatrica; magari gli prescrivo un ansiolitico da usare al bisogno e se mi accorgo che c'è un pensiero ossessivo gli prescrivo un antidepressivo.....” ; “.....Non si è mai sufficienti in queste cose perché tu aspetti sempre che la persona si debba aprire, piano piano, dipende dal carattere della persona che non sempre conosci bene; se la conosci da più anni, puoi capire un po' la persona, come sia atteggia, che tipo è: un po' di psicologia la viviamo anche noi, anche pur avendola studiata, senza averla mai praticata; uno avrebbe sempre voglia di starci più tempo; però quel tempo dedicato, anche se più breve, lascia sempre spazio ad un altro incontro. Dico “prova a far così, poi fra una settimana ti fai rivedere”: intanto la persona metabolizza le cose, vediamo se il farmaco può aiutarla da andare un pochino bene, dipende da caso a caso.....”; “.....Suggerendo qualche indicazione per risolvere alcuni problemi; dando consigli proponendo il farmaco, quando c'è un problema su cui non si può intervenire, in modo da sedare un attimo la situazione.....”; “.....Molte persone non ti vogliono ascoltare o perché sono testarde, o perché hanno altri problemi, non vogliono sentire per cui si arrangiano per conto loro: vanno da un altro, psicologo o psichiatra..., oppure iniziano ad andare dalla pedicure che dà l'erba o la parrucchiera che ha tanti consigli.....”

Per quanto riguarda, invece, il **campo Psichiatra/Paziente**, questo sembra caratterizzato, da un lato, da una maggiore solidità dello sfondo rappresentato dallo specialista che ha ben chiaro come trattare il paziente, e dall'altro, da una certa riluttanza del paziente stesso che spesso si dimostra poco disponibile ad accettare l'idea che il suo disturbo sia di natura psicologica e non strettamente organica. Il tema che risalta è ancora talvolta quello dell'emergenza/urgenza con cui viene portata la richiesta da parte del paziente e del bisogno di tamponare e di intervenire tempestivamente da parte dell'operatore.

“.....La richiesta si esprime con un senso di urgenza: spesso le persone mi vengono accompagnate da amici e parenti perché hanno bisogno di un aiuto immediato; spesso sono molti mesi che si trascurano e , quindi, vengono dopo aver consultato varie voci, non vari specialisti, vengono per avere un aiuto immediato.....”; “.....Gli spiego che non si muore, che questa cosa qui si può tranquillamente risolvere in tanti modi: io offro il farmaco come cerotto, perché quando la ferita sanguina tamponi e glielo dico per non spaventarli, perché molti arrivano e sono ambivalenti con i farmaci e poi non li vorrebbero: io gli spiego come li uso io.....”

La solidità dello sfondo garantita dalla formazione sul tipo di intervento da proporre che viene portata dallo psichiatra e, in qualche modo, avvertita dal paziente che sta muovendosi per cercare un proprio orientamento nella ricerca di una soluzione al proprio disagio consente, peraltro, di far emergere un confine più chiaro, anche se ancora fluttuante in cui è possibile fornire ampliare anche la lettura su quanto sta accadendo e fornire un supporto diverso. *“.....Mi viene da farmi carico, di accogliere il loro dolore.....”; “...La prima cosa è la relazione, cioè entrare in relazione con loro, cercare di capire cosa sta..(accadendo), però è vero che come psichiatra io tiro a tamponare l'emergenza...poi quando sono un po' sollevati dall'ansia si comincia a capire cosa sta succedendo e, quindi, attraverso la relazione cominciamo ad avere un contatto, senza che necessariamente sfoci in una psicoterapia, perché alcuni non ne vogliono sapere....”*

Lo sfondo muta, inoltre, a seconda dei contesti diversi offerti in caso di colloqui in libera professione o quando il contatto avviene all'interno del servizio pubblico, in relazione alla gravità dei quadri clinici e del disagio che viene quotidianamente portato: *“.....Poi ho anche la mia deformazione professionale: al Simap un disturbo d'ansia lo prendi sotto gamba 99 su 100. Adesso che sono più staccata e, quindi, ho anche più tempo da dedicare e ad pensare, invece, mi sono resa conto di quanto sia un disturbo importante, per quel che si porta dietro... perché sono in grado di modificare comportamenti, atteggiamenti nei confronti della vita: sono in grado di spostare molte cose nella personalità.....”*

“.....Forse non è stato utile(il colloquio con lo psichiatra) se sono molto sbrigativi, perché capita: forse queste persone si trovano anche bene con gli psichiatri, perché gli dicono :.....ci vediamo quando hai bisogno”.Spesso la persona ansiosa, depressa, ha bisogno di un colloquio “più ravvicinato”, socievole e spesso non lo trovano, allora c'è uno scontro tra lo psichiatra e il paziente; io ne ho sentiti diversi che dicono: “.....non voglio più andare da quello perché è sgarbato.....”.

L'invio allo psichiatra è, peraltro, un passaggio difficile ancora connotato negativamente come rilevano i medici di medicina generale. *“.....L'invio dallo psichiatra è il passaggio più difficile. Spesso quando glielo propongo mi dicono “Non sono mica matto!....”*

Di natura decisamente diversa sembra essere il campo degli **operatori delle Discipline Bionaturali/Paziente**. Da un lato, infatti, questi operatori si riconoscono solitamente in un approccio di base di tipo olistico e si definiscono a priori operatori del benessere; dall'altro, il paziente si rivolge a questo mondo di solito dopo aver tentato le vie più strettamente medico-sanitarie. L'incontro, quindi, è caratterizzato da maggior chiarezza, il confine di contatto è meno teso, più solido e più chiaro. Il senso di urgenza è meno drammatico e l'idea che ci troviamo nel campo della disarmonia energetica, della crisi evolutiva è più chiara sia all'operatore che al paziente. Il corpo è ancora vissuto come teso, rigido, affannato e sicuramente in crisi, ma non più come sul punto di morire per una grave malattia organica. Avere tempo, dare tempo, prevedere un tempo per la relazione e per l'ascolto è riconosciuta come parte centrale e integrante di ogni tipo d'intervento proposto. *“....La visita dura 1 ora....” (medico omeopata)*

“....Un'ora, un'ora e un quarto, con una certa variabilità a seconda delle situazioni; cerchiamo di non fare degli interventi lunghi e cerchiamo di non creare delle dipendenze....” (operatrice shiatsu). *“.....Un protocollo vero e proprio non c'èdipende anche dall'obiettivo. Il tempo della seduta è un'ora e mezzo, la prima seduta, gli altri incontri sempre all'ora.....”(naturopata);* *“.....In rari casi mi viene chiesto con urgenza, perché solitamente le persone per motivi vari tendono a rivolgersi primariamente ad un medico o ad uno psicoterapeuta, come primo punto di riferimento.....più volte c'è quest'ansia che viene descritta come aperta, messa sul tavolo o viene fuori pian piano....”;* *“.....Più che la disfunzione dei neurotrasmettitori, molte volte c'è un sovraccarico emotivo o di stress.....”;* *“.....In altri momenti è anche da vedere se la persona sta facendo un suo percorso evolutivo personale: molte volte cambiando il proprio equilibrio ma anche in un percorso di crescita o di apertura si sbloccano delle tensioni che erano lì da tanto tempo o comunque celate e scatta l'attacco di panico, seppur stiamo facendo, o la persona sta facendo per conto suo, quindi positivo: quindi non sempre l'attacco di panico è una cosa negativa, ma può essere un passaggio importante; quindi anche riconoscere che siamo in un momento di svolta può essere molto utile per la persona e, quindi, anche cercare di rivalutare questo aspetto.....”;* *“.....si tratta di innescare processi di autoguarigione attraverso una maggiore consapevolezza dei meccanismi che hanno causato la malattia.....”;* *“.....Favorire la consapevolezza della malattia, indurre al cambiamento di alcune abitudini.....”;* *“....si tratta*

spesso di ascoltare senza giudizio, come un contenitore vuoto, cogliere il disegno del paziente, dare spiegazioni e proporre un cambiamento degli stili di vita....”; “.....spesso le persone sono concentrate su situazioni egoiche e migliorano quando si rivolgono agli altri....”; “....devo aspettare ed avere pazienza perché la persona è come isolata....”; “...do fiducia e sicurezza, compassione e sostegno...”; “.....si cerca di dare un contatto amorevole e di presenza, invece di dare consigli o dire cosa si deve fare...”.

Per quanto riguarda poi la **rete degli operatori nel suo insieme**, l'analisi delle opinioni rivelate attraverso le interviste, ci segnala come la rete degli operatori, sia quelli dell'area sanitaria tradizionale e ufficiale così come quella degli operatori delle Discipline Bionaturali, è una “rete a maglie larghe”. Mentre evidenziamo una totale distanza tra la medicina tradizionale e gli operatori delle DBN (a meno che lo stesso operatore abbia lui stesso una doppia formazione nei due campi d'intervento), notiamo, invece, qualche timido contatto tra operatori delle DBN ed alcuni psicoterapeuti.

Notiamo anche come nel campo delle professioni sanitarie esista un piano formale di riferimento istituzionale ben codificato anche con esperienze di contatti formalizzati tra area psicologica dell'ASL e medici di base a cui però non corrisponde un piano di sostanziale reale collaborazione che viene, invece, condizionata da personali rapporti di fiducia più o meno sviluppati tra i singoli operatori.

Nelle province di Forlì e Rimini sono stati istituiti due servizi/percorsi....”psichiatria leggera”. L'ambiente, quindi, a cui il paziente può in vari momenti fare riferimento sembra piuttosto variegato, frammentato e fortemente vincolato alle rispettive precompensioni sull'ansia e sulla sintomatologia da attacco di panico che ogni disciplina propone.

In particolare, abbiamo rilevato, attraverso le interviste ai medici di medicina generale come sia presente la possibilità e disponibilità d'invio per un trattamento “psicologico” (spesso con poca distinzione fra psichiatrico e psicoterapeutico); anche la domanda sui collegamenti con altri operatori e quella sulle idee rispetto all'invio sembra far pensare ad una disponibilità a collaborare; viceversa, le domande sull'utilità o svantaggi della rete le osservazioni finali fanno pensare ad alcuni ostacoli nel far questo: mancanza di informazione, percezione di poca collaborazione e scarso ritorno in termini di informazioni, difficoltà a far passare al paziente l'idea di una lettura psicologica del disturbo.

Di seguito alcune delle frasi relative alle qualità della rete utilizzata dagli operatori: “...lavoro molto volentieri con i colleghi che conosco....”; “...bisogna avere un rapporto con gli altri servizi perché alcuni casi sono strettamente per gli psichiatri, altri li possiamo trattare solo noi ed altri ancora sono a cavallo....” “....a livello locale con la psichiatria si è

creata una certa collaborazione. Prima bisogna affrontare l'emergenza con il farmaco e poi in alcuni casi invio allo psicoterapeuta.....” ; “...una volta inviato i pazienti agli psicologi la collaborazione è difficile perché loro sono blindati su che cosa racconta il paziente e non riferiscono nulla....”; “.....Ritengo che sia una cosa estremamente difficile valutarla; perché ahimé, penso per motivi di privacy, non ho mai avuto modo di avere nessun rientro, benché non sarei assolutamente in grado di valutare l'effettiva, utilità, qualità del percorso che è stato fatto: se io mando un paziente da qualunque specialista, qualunque specialista mi scrive un referto; gli psichiatri e gli psicologi sono gli unici che non scrivono e io non so mai nulla dei miei pazienti: dove vanno a finire, che terapie fanno, sia dal punto di vista farmacologico, (qualora debba prescrivergli dei farmaci), ma tante volte non come viene seguito, che percorso ha in mente lo psicologo, quante sedute, anni, niente, benché se ritorna qualcosa non so se sono in grado di valutare l'effettiva utilità, ma io non ho mai nessun modo di controllare nulla.....” ; “....il consultorio non è permeabile ad una visione diversa dalla loro, sono contrari al farmaco e non è facile collaborare....”; “.....il limite è che nel servizio sanitario nazionale non possa offrire terapie psicologiche, mentre questi pazienti avrebbero bisogno di essere seguiti, quasi accompagnati per mano....”; “.....io non mi isolo come operatore, ho una rete di colleghi in chat dove in tempo reale sento il parere e l'umore dei colleghi....”; “... mi affido alla rete delle mie persone di fiducia.....”

Forse la lettura stessa dell'attacco di panico come sovraccarico di stress che ritorna in moltissime risposte appare troppo semplificante e in linea con una percezione socialmente molto diffusa: Il passaggio ad un aiuto di tipo “psicologico” ha ancora connotazione culturalmente negativa e la proposta di approfondire le cause di un disturbo di natura psicologica viene “passato” come qualcosa di pesante, squalificante o evocativo di fallimento.

“.....L'invio dallo psichiatra è il passaggio più difficile. Spesso quando glielo propongo mi dicono “Non sono mica matto.....!”

“.....A volte sì, però a volte hanno dei pregiudizi nei confronti delle psicoterapie, perché gli sembra che chi va dallo psicologo sia il matto e forse meno matto di uno che prende i farmaci: secondo me c'è ancora abbastanza questo pregiudizio, però non in tutte le persone: altri lo accettano.....”

“.....Alle volte sì: pazienti che sono a mio avviso (non so come definirli) “ un pochino più complicati”, fanno naturalmente difficoltà; una volta che uno ha fatto anche esami e ha spiegato che non ci sono motivi organici rispetto al suo malessere lamentato come fisico, ma che sotto ci può essere qualcosa di psicologico, di inaccettazione, di problematiche varie,

farli rendere conto di questo, credo che in alcuni casi sia difficile e, quindi, il paziente fa difficoltà a capire che lui ha qualcosa che non va nella gestione della sua emotività, dei suoi rapporti etc.....”

Riflessioni conclusive: quale next?

E dunque, ci chiediamo allora che parte giochiamo noi terapeuti della Gestalt all'interno di questa rete di operatori? Quale può essere il sostegno specifico e il contributo che come psicoterapeuti della Gestalt possiamo offrire alla qualità dell'ambiente a cui il paziente si rivolge perché il suo non sia un peregrinare caotico, ma l'inizio di un percorso di consapevolezza e di cura significativo?

“Pertanto, per la psicoterapia della Gestalt lo spazio tra il sé e l'altro non è vuoto, come lo è per la maggior parte delle teorie psicologiche. L'esperienza si svolge in un campo, piuttosto simile a un campo elettrico, carico di sollecitazioni: ovvero volontà, bisogni, preferenze, brame, desideri, giudizi, e altre espressioni o manifestazioni dell'essere. Il contatto tra due persone, per esempio, non è una collisione tra due particelle atomiche, ciascuna delle quali è riempita da una carica neurobiologica interiore o da abitudini condizionate e credenze, o da un Io, un Es e un Super-io. La psicoterapia della Gestalt non deve né assumere né rigettare nessuna di queste costruzioni; può perfino consentirle tutte, perché ciò che le interessa è solamente l'attività al confine di contatto, dove ciò che succede può essere osservato” (Cfr. Fromm Isador, Miller Michel Vincent “Introduzione alla nuova edizione” in Perls Frederick, Hefferline Ralf, F. Goodmann Paul “Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana”, Ed Astrolabio, Roma, 1997, pag 18)

L'accento posto, poi, dalla PDG sul significato evolutivo del sintomo e, soprattutto, sul messaggio relazionale che il sintomo porta con sé è il tipo di contributo che noi possiamo dare. In questo senso, anche le DBN parlano di capacità di risolvere la disarmonia che è presente all'interno dell'organismo del paziente, ma il profondo significato relazionale del sintomo ci pare non sia stato sottolineato in nessun intervento con la particolarità che vorremmo ribadire ed è proprio diffondendo e sostenendo questo tipo di messaggio che noi come terapeuti della Gestalt possiamo aiutare la rete ad essere un valido sostegno per il paziente pur nella diversità delle proposte che ogni operatore può fare

“.....ci vorrebbero corsi di aggiornamento fatti da psichiatri e psicologi, ma non dovrebbero essere troppo tecnici, noi medici siamo schermati e non siamo preparati ad ascoltare.....”

“.....Forse noi MMG abbiamo bisogno di maggiore formazione rispetto a queste problematiche qua e forse anche gli psichiatri, gli psicologi potrebbero avere un’interfaccia migliore con noi.....”

Può essere proprio la risposta di un medico di base a suggerirci alcuni elementi verso cui indirizzare queste riflessioni

“Come tendi a leggere l’attacco di panico? un segnale di stress e sovraccarico, però può essere anche un momento di evoluzione, di cambiamento, perché la maggior parte dei cambiamenti passano da una crisi”

“aggiungo che io dico che lo psicologo e lo psicoterapeuta sono persone normali e che fare una psicoterapia è qualcosa che può servire.....”

Pensiamo, infatti, che questo possa essere uno degli obiettivi verso cui indirizzare possibili interventi a carattere divulgativo o formativo, ovvero far circolare e assimilare l’idea che la proposta di un percorso psicoterapico costituisce un’occasione di crescita, riflessione e arricchimento della persona e talora, anche di chi si relaziona e vive accanto ad essa (compagno/a, figli, genitori); si tratta, quindi, di un’opportunità che talora le persone scelgono all’emergere di una situazione di malessere o disequilibrio, ma che offre la possibilità di avventurarsi verso un processo di cambiamento attraverso l’assimilazione di nuove consapevolezze ed esperienze di contatti nuovi e creativi. L’occasione stessa che spinge ad intraprendere questo percorso può allora essere riletta e assaporata, non come l’ennesimo tentativo legato ad un fallimento, ma come una chance di crescita e cambiamento, innescata da quella particolare situazione esistenziale, più o meno, faticosa che può essere colta con coraggio e apertura.

Riteniamo, poi, significativo lavorare per costruire reti di collaborazione e di confronto fra operatori appartenenti a diverse discipline e formazioni, affinché il “Caravanserraglio delle terapie” diventi metafora del luogo verso cui approda il paziente come luogo di accoglienza che si nutre dell’idea di «cura», fatta di scambio, all’interno di comunità estemporanee, di buona contaminazione e di confronto; non spazio enorme e dispersivo, ma piuttosto spazio raccolto e sufficientemente contenitivo per il delinearsi di esperienze uniche ed originali. Il tempo del ristoro allora si articola nel riposo, nella quiete, nel riprendere il percorso e ripartire con energie rinnovate e sufficienti per affrontare nuovi progetti

Bibliografia

Cavicchi I., (1999) *“Il rimedio e la cura” Cultura terapeutica fra scienza e libertà*” Editori Riuniti, Roma

Francesetti G. , (2005) *“Attacchi di panico e postmodernità. La psicoterapia della Gestalt fra clinica e società”* FrancoAngeli, Milano

Marshall McLuhan, H. M., (ed. or.1964)”*Gli strumenti del comunicare*” Il Saggiatore, Milano

Regazzo L. D. , (2010)*“Ansia, che fare? Prevenzione, farmacoterapia e psicoterapia”* Cleup, Padova

Lo Verso G., Lo Coco, G. Gullo S. (2000) *“La ricerca in psicoterapia”*in Spagnuolo Lobb M. (a cura di) *“L’implicito e l’esplicito in psicoterapia. Atti del Secondo Congresso della Psicoterapia Italiana. Fiap- Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia*, Franco Angeli, Milano

Cionini L.,(2000) *“La ricerca in Psicoterapia. Introduzione”* in Spagnuolo Lobb M. (a cura di) *“L’implicito e l’esplicito in psicoterapia. Atti del Secondo Congresso della Psicoterapia Italiana. Fiap- Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia*, Franco Angeli, Milano

Fromm I., Miller M.V.(1997) *“Introduzione alla nuova edizione”* in Perls F., Hefferline R., F. Goodmann P. *“Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana”* , Ed Astrolabio, Roma.