

Original Article

Psicoterapia breve strategica e medicina narrativa: un modello integrato. Esperienze emozionali correttive in ambito ospedaliero in due casi clinici di disturbo da ipocondria e disturbo da stress post-traumatico.

Brief strategic psychotherapy and narrative medicine: an integrated model. Corrective emotional experiences in the hospital setting in two clinical cases of hypochondriacal disorder and post-traumatic stress disorder

Alessandra Sansone, Antonio Pepoli, Rossella Sterpone

SSD Psicologia, Azienda Ospedaliera "SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo", Alessandria, Italy

ABSTRACT

Obiettivi: Analisi comparativa degli aspetti di interconnessione e differenziazione/integrazione protocollare della psicoterapia breve strategica con la medicina narrativa. Valutazione empirica dell'efficacia ed efficienza delle tecniche narrative strategiche su singoli casi in termini di sviluppo di esperienze emozionali correttive finalizzate alla riduzione/remissione del quadro sintomatologico e all'innalzamento del livello di benessere psicofisico e socio-relazionale dei pazienti trattati.

Metodi: Ricerca-azione, diagnosi operativa, tecniche narrative dei protocolli d'intervento strategico di riferimento.

Risultati: Sulla base dei protocolli applicati si è osservata una completa remissione dei sintomi nelle aree psicopatologiche trattate, con accrescimento delle funzionalità e delle modalità adattive di coping nei casi trattati di disturbo da ipocondria e disturbo da stress post-traumatico, attestati da follow-up a 6, 12 e 24 mesi di distanza dal termine del trattamento.

Conclusioni: Nei due casi studiati appare efficace l'utilizzo delle tecniche narrative strategiche, con le loro peculiari caratterizzazioni, come strumento di induzione delle esperienze emozionali correttive necessarie al cambiamento e al miglioramento nell'assetto psicopatologico dei pazienti e la loro possibile applicazione, nell'ambito dei presidi di psicologia della salute, in integrazione-continuità con la medicina narrativa.

Parole chiave: Psicoterapia breve strategica; medicina narrativa; ipocondria; disturbo da stress post traumatico.

Objectives: Comparative analysis of the aspects of interconnection and differentiation/protocol integration with narrative medicine. Empirical evaluation of the effectiveness and efficiency of strategic narrative techniques on individual cases in terms of the development of corrective emotional experiences aimed at reducing/remitting the symptomatic picture and raising the level of psychophysical and socio-relational well-being of the patients treated.

Methods: Action research, operational diagnosis, narrative techniques of the reference strategic intervention protocols.

Results: On the basis of the applied protocols, a complete remission of symptoms was observed in the psychopathological areas treated, with an increase in coping functions and adaptive modalities in the treated cases of hypochondriacal disorder and post-traumatic stress disorder, attested from follow-up to 6, 12 and 24 months after the end of the treatment.

Conclusions: In the two cases studied, the use of strategic narrative techniques, with their peculiar characterizations, appears to be effective as a tool for inducing corrective emotional experiences necessary for change and improvement in the psychopathological structure of patients and their possible application, in the context of principals of health psychology, in integration-continuity with narrative medicine.

Key words: Brief strategic psychotherapy; narrative medicine; hypochondria; post-traumatic stress disorder.

INTRODUZIONE

La particolare attenzione che l'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio di Alessandria riserva ormai da diversi anni alle medical humanities e alla medicina narrativa trova, a nostro avviso, nell'ambito delle attività ambulatoriali psicoterapeutiche rivolte ai pazienti, punti di confluenza con gli strumenti metodologici utilizzati specificamente dalla psicoterapia breve strategica nella cura dei disturbi psicopatologici.

Il centro studi istituito presso l'ospedale pone, infatti, l'approccio multidisciplinare che caratterizza le medical humanities alla base della finalità dei processi di cura, nei quali vengono necessariamente coinvolti tutti i soggetti, gli strumenti e le metodologie necessari a una ottimizzazione delle dinamiche comunicative e interazionali tra operatori sanitari e pazienti considerando,¹ in un'ottica integrativa allargata e multidisciplinare, anche quegli aspetti biomedici e psicosociali che già il modello bio-psico-sociale, proposto da Engel nel 1977, aveva indicato per il raggiungimento della salute

quale “stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non solamente come assenza di malattia o infermità”.²

L’istituzione della “stanza della scrittura” all’interno dell’ospedale, ove è possibile raccogliere le narrazioni e i racconti da parte dei pazienti, e l’utilizzo dei resoconti, della cartella parallela, dell’analisi testuale in gruppo da parte degli operatori sanitari, predisposta secondo un particolare setting che prevede materiali d’arredo accoglienti e familiari e “oggetti fluttuanti” (fogli colorati con frasi da completare, metafore, brani letterari o aforismi scritti sulle pareti o su bandierine di carta, *ecc.*) quali stimoli alla produzione autobiografica dei pazienti, ha permesso la realizzazione dei progetti di medicina narrativa nei reparti di ematologia, neuro-oncologia e neurologia,^{3,4} favorendo lo sviluppo di un nuovo paradigma di cura e assistenza sanitaria.

Tali progetti hanno consentito di allargare l’orizzonte bio-mecanicistico della medicina a un processo psicopedagogico la cui finalità è pervenire a una rappresentazione e ri-significazione delle proprie esperienze di malattia e di cura; in particolare, per gli operatori sanitari, la medicina narrativa diventa dispositivo utile alla comprensione della sofferenza dei pazienti e alla capacità di analizzare il proprio percorso formativo assistenziale, alla “riscrittura del campo emotivo” e all’acquisizione di quelle competenze di empatia, d’interazione dialogica e di affinamento delle modalità di sintonizzazione comunicativa, permettendo il riconoscimento ontologico-esistenziale alle componenti emotive, relazionali e cognitive, sulla base delle capacità narrative e di decifrazione dei testi, necessarie al potenziamento dell’efficacia clinica.⁵

In tal senso il portato psicopedagogico, che vede confluire la medicina e la pedagogia nelle scienze eidetiche ed empirico-pratiche, come sottolinea Bertolini,⁶ attente a utilizzare quale riferimento “le esperienze concrete a partire dalle quali agire una funzione trasformativa su di sé, sull’altro e sulla propria visione del mondo” orienta, a nostro avviso, la stessa medicina narrativa su di un percorso di condivisione delle finalità più squisitamente terapeutiche della psicoterapia strategica breve che, in quanto direttiva, possiede a sua volta una connotazione fortemente pedagogica.

Inoltre se, per la moderna psicologia della salute, la finalità di fondo risiede nello sforzo di svincolarsi dal riduzionismo meccanicistico del modello biomedico, d’altra parte la stessa medicina attuale, in particolare la medicina comportamentale e di precisione, avverte sempre più il bisogno di considerare la complessità e la multidimensionalità dei fattori psico-sociali e ambientali, nel cui ambito poter realizzare una personalizzazione delle cure, in grado di garantire una loro maggiore efficacia ed efficienza: la medicina narrativa ne è un esempio, nella misura in cui essa rappresenta una nuova modalità, soggettivamente connotata, di prendersi cura delle persone.

Il processo continuo di co-costruzione, ove tutti gli attori coinvolti collaborano, in considerazione dei fattori intra e interpersonali, sociali, culturali, organizzativi e comunitari implicati, concorre a istituire una scienza della salute, più che della malattia, come “scienza del ben-essere” fondata su una tassonomia dimensionale, la “salutogenesi”, che studia la presenza delle diverse forme di salute, le “salutie”⁷ e le fonti da cui possono derivare gli stati di ben-essere, affiancando agli interventi di prevenzione azioni di promozione mirate alla valorizzazione e allo sviluppo delle risorse, insite non soltanto nei pazienti ma anche negli operatori sanitari all’interno dei differenziati contesti di assistenza e riabilitazione.

La medicina narrativa, secondo la definizione della sua ideatrice Rita Charon, può concorrere a tale scopo fondandosi sul potenzia-

mento delle capacità di “riconoscere, assimilare e interpretare le storie di malattia, per reagirvi adeguatamente” favorendo la fruizione della scrittura espressiva-riflessiva, sia da parte dei pazienti che degli operatori sanitari, che si sostanzia nella triade di attenzione, rappresentazione e connessione: “Senza narrazione, il paziente non è in grado di trasmettere quello che sta attraversando, né – in maniera più radicale ma forse ugualmente vera - di dargli un senso. Allo stesso modo, un professionista della salute non vede la malattia in una forma piena, coerente, strutturata, emotivamente potente, se non ha modo di raccontare o scrivere....

La cura inizia quando i pazienti parlano dei sintomi o della paura di essere malati, prima con sé stessi, poi con i propri cari, infine con i professionisti della salute. Le storie dei pazienti, o ‘patografie’, lo mostrano bene: la malattia si manifesta nel corpo, nelle relazioni, nel Sé.

È necessario raccontare il dolore per sottrarsi al suo dominio... Con la nostra attenzione e le nostre rappresentazioni, non rimaniamo semplici spettatori, ma diventiamo partecipi di un mondo profondamente complesso e fecondo”.⁸

In tal senso, la medicina narrativa si pone in continuità con la psicoterapia breve strategica, laddove quest’ultima si caratterizza in quanto “psico-promozione”, orientata a condurre i pazienti, anche mediante tecniche “strategicamente” narrative, alla scoperta e allo sviluppo delle loro potenzialità più che all’analisi dei meccanismi patogenetici del disagio psicologico, concentrandosi sulla ricerca delle dimensioni positive e delle dinamiche risolutive attinenti alle condizioni di salute, trasformando il ruolo del terapeuta che, da restauratore della “normalità”, diventa piuttosto facilitatore di sviluppo delle risorse intrinseche ai soggetti e ai sistemi complessi di appartenenza. In tal senso, la psicoterapia strategica e la medicina narrativa confluiscono entrambe nella pratica clinica di una maggiore considerazione per l’“illness”, la storia di disagio per come il paziente la racconta e la percepisce, oltre il suo “disease”, i sintomi biologici della malattia.

Per realizzare le finalità sia conoscitive che relazionali che si concretizzano nel rapporto medico/psicoterapeuta-paziente è necessario quindi offrire a entrambi, e in particolare a quest’ultimo, la possibilità di esprimere il suo vissuto emotivo, carico di paure, aspettative, interpretazioni e desideri, affinché l’operatore sanitario possa simultaneamente ampliare il proprio spettro conoscitivo e comprendere il sistema percettivo-reattivo del paziente, mettendo a punto le strategie curative più idonee.

“In ottica strategica i problemi e le soluzioni sono il prodotto dell’interazione tra il soggetto, la realtà percepita e la comunicazione che si instaura con sé stessi, gli altri e il mondo... Un avvenimento cambia di significato in relazione a come lo descriviamo, ed è qui che nasce la realtà di molte realtà: non esiste un mondo, ma tanti mondi diversi, un numero immensamente grande di mondi e realtà da comunicare e comunicarsi”.⁹

L’impianto teorico psicoterapeutico, teleologicamente situato in tale direzione, su cui si fondano i presupposti costruttivisti, ciberneticici e sistemico-relazionali del modello di psicoterapia breve strategica fa riferimento a cardini epistemologici che si sintonizzano, a loro volta, all’innovazione paradigmatica in linea con le medical humanities e la concezione salutogenica. Tali cardini sono sintetizzabili nella concettualizzazione del funzionamento della mente umana imperniato attorno a un sistema di relazioni interdipendenti “sé - altri - mondo”, all’interno del quale il soggetto, in base al “sistema percettivo-reattivo” tipico del suo modo di essere, elabora delle “tentate soluzioni” ai problemi incontrati; tali soluzioni, tutta-

via, nella loro ridondanza disfunzionale, anziché promuovere l'estinzione dei problemi, li preservano e li aggravano.¹⁰

Sulla base di simili presupposti, i disturbi psichici, lungi dall'essere considerati deficit di cui il soggetto è affetto, sono concettualizzati come costruzioni mentali che egli attivamente edifica attraverso le sue azioni e percezioni, ed è modificando quest'ultime che si possono trasformare anche le sue conseguenti reazioni invalidanti e, successivamente, le sue cognizioni.

Il modello percettivo-reattivo che l'individuo utilizza nei suoi sistemi interattivi comporta una circolarità di retroazioni tra gli elementi del sistema relazionale di cui fa parte, in grado di originare le percezioni disadattive in cui egli può trovarsi avviluppato, senza riuscire a trovare il modo per uscirne. Per risolvere il disagio e condurre l'individuo a uno stato di benessere, la psicoterapia strategica si propone, pertanto, di ristrutturare le sue percezioni e reazioni attraverso modalità alternative, rompendo e ridefinendo il sistema di retroazioni, che l'individuo crea e utilizza nel "qui e ora", mediante una serie di tecniche, tra cui quelle che si avvalgono della scrittura e della narrazione, oltre a suggestioni, stratagemmi e interventi paradossali di problem solving strategico: "La sua assunzione di base è che la realtà che percepiamo e con la quale ci rapportiamo, problemi e patologie comprese, sia il frutto dell'interazione tra il punto di osservazione assunto, gli strumenti utilizzati e il linguaggio che usiamo per comunicare con la realtà; non esiste pertanto una "realtà" vera in sé, ma tante realtà quante sono le diverse interazioni tra soggetto e realtà".¹¹

LA RICERCA-INTERVENTO, LA DIAGNOSI OPERATIVA E LA COMUNICAZIONE STRATEGICA IN RAPPORTO AI DUE ASPETTI DELLA MEDICINA NARRATIVA: TEMPORALITÀ E CAUSALITÀ

Il principio metodologico della ricerca-intervento, a fondamento della psicoterapia breve strategica, mutuato dall'Action Research, teorizzata da Kurt Lewin nel 1946, collegando teoria e prassi, è impostato sulla derivazione della conoscenza funzionale di un problema, a partire dalle soluzioni necessarie per modificare con specifici interventi il problema stesso, soluzioni che, integrate nell'ottica cibernetica, diventano autocorrettive, in quanto modificabili ove non soddisfacenti.

In questa prospettiva, pertanto, l'imperativo metodologico è basato sulla concezione che è la soluzione a spiegare il problema e non viceversa. "L'applicazione operativa del principio di ricerca-intervento all'ambito della psicoterapia strategica conduce al concetto di diagnosi-intervento, che si contrappone ai concetti classici di diagnosi psichiatrica e di diagnosi psicologica in cui, al contrario, la fase conoscitiva del problema presentato dal paziente viene anteposta alla fase dell'intervento. La ricerca-intervento in psicoterapia, dunque, presupponendo una simultaneità tra la fase d'intervento terapeutico e la fase di conoscenza diagnostica, consiste nella sperimentazione e nello studio dei metodi di cambiamento come *conditio sine qua non* per comprendere un dato comportamento patologico. Sono i cambiamenti osservati come effetto dell'intervento a 'spiegare' la natura del problema, rendendo possibile solo a posteriori la 'diagnosi' del problema stesso".¹²

Il dialogo strategico, con la sua strutturazione comunicativa a imbuto, permette al terapeuta e al paziente, in una sorta di scoperta congiunta, di arrivare a conoscere il funzionamento del problema

dell'individuo e a mutarne la percezione, mediante l'uso di un linguaggio che è declinato in base al registro evocativo e/o ingiuntivo-performativo, descrittivo e/o analogico a seconda dei casi e che permette di ri-significare la realtà personale del paziente, decostruendo le sue premesse, a partire però dalle sue azioni, e non viceversa.

Tale conoscenza operativa viene dunque utilizzata sia a livello dell'epistemologia, aderendo alle logiche dell'ambivalenza (logica della credenza, della contraddizione e logica paradossale) che della strutturazione delle strategie d'intervento.¹³

Nel raffronto che abbiamo condotto relativamente all'impostazione metodologica della medicina narrativa rispetto alla metodologia strategica è possibile evincere aspetti di similitudine e di differenziazione: Charon⁸ evidenzia, in particolare, come l'agire medico sia cadenzato da una temporalità-causalità lineare-vettoriale, di tipo sequenziale, ove i gesti conoscitivi sono scanditi sulla base di un rapporto causa-effetto durante la fase diagnostica (rilevazione dei segni e sintomi, ricerca dei fattori etiologici e diagnostici) e d'intervento (palpazione, incisione, suturazione), lamentando tuttavia l'assenza di uno spazio per la comprensione di quello stato contrapposto di atemporalità in cui si manifesta invece il vissuto del paziente, la sua "letting go experience", per dirla con Pennebaker,¹⁴ simile a uno stato di trance in cui, come avviene durante la stesura di un racconto, si genera la perdita contemporanea della dimensione spazio-temporale.

Nella ricerca-intervento e nella diagnosi operativa strategica la temporalità-causalità cambia di segno: le due fasi diagnostica-terapeutica, coincidendo, si situano in una dimensione sincronica che consente di non forzare il processo sulla ricerca preliminare degli elementi causali del disturbo e sul successivo intervento terapeutico ma di andare alla scoperta simultanea, insieme al paziente, nell'interazione dialogica con lui e attraverso le prescrizioni da attivare anche in forma di narrazione scritta, di quei vissuti che permettono l'identificazione della sua posizione percettiva-emotivo-reattiva e delle sue tentate soluzioni, attivando nell'immediato le strategie terapeutiche adatte al singolo caso.

Dal punto di vista contenutistico, inoltre, le narrazioni rappresentano, per la medicina narrativa, lo strumento con cui far emergere quelle trame soggettive presenti tanto nei racconti dei pazienti quanto nei resoconti diagnostici degli operatori sanitari, e che rivelano la necessità di una ricostruzione di connessioni di significato e di sequenzialità tra gli eventi, di comprensione delle cause e delle conseguenze di quanto accaduto, permettendo di aprirsi a un'indagine più ampia, differenziata, multiforme e meno ovvia, che non si fermi a un'unica lettura dei vissuti e delle esperienze ma permetta di capire, lavorando su di sé e con il paziente, "quante trame possono celarsi dietro un semplice resoconto, quante motivazioni e premesse possono esserci, quanti momenti possono rappresentare l'inizio di una storia".⁸

Anche la psicoterapia strategica utilizza la scrittura come strumento di base di alcune prescrizioni terapeutiche specifiche, alcune delle quali sono illustrate nei due casi clinici presentati oltre come, ad esempio, il romanzo del trauma per il disturbo da stress post-traumatico e il diario del check-up corporeo e delle paure di malattia per l'ipocondria ma che si estendono, in altre varianti e forme, ad altri disturbi psicopatologici (disturbo ossessivo, disturbo paranoico e ossessivo-paranoico, disturbo ossessivo-compulsivo, ecc.).

Tuttavia, l'interesse primario di tali narrazioni "strategicamente orientate" è rivolto non specificamente alla ricostruzione simbolico-semanticale e sequenziale degli eventi vissuti dal paziente, ma alla loro collocazione nella dimensione atemporale che si crea ove

egli è lasciato libero di ripercorrere le sue vicende autobiografiche, talvolta addirittura a ritroso e senza curarsi dei parametri estetico-formali dei suoi racconti, sulla base delle percezioni, emozioni e reazioni emergenti.

È il processo di reiterazione quotidiana e sistematica dello stesso racconto a produrre quegli effetti terapeutici che non si focalizzano sull'avvicendamento causale degli eventi trascritti quanto sulla necessità di saturazione e decostruzione dei meccanismi mentali che mantengono il paziente soggiogato a uno stato vittimistico di impotenza rispetto a quei pensieri, emozioni e reazioni da lui percepite in modo egodistonico e intrusivo, ma che subisce e di cui non riesce a liberarsi.

Si potrebbe dire che il tentativo della medicina narrativa di identificazione temporale dei nessi causali, unitamente al valore simbolico-semanticamente delle narrazioni, rappresenti un'operazione di esplorazione dell'ignoto e di introspezione tramite cui portare sollievo e rassicurazione nel ridurre la sensazione di incertezza e di timore che essa può suscitare nel paziente e nell'operatore sanitario, in un percorso di consapevolezza che ha tempi lenti, gradualmente e meditati di elaborazione.

La psicoterapia strategica, in modo più pragmatico e con tempi più rapidi e simultanei, mira non tanto a un esercizio cognitivo di autoanalisi e autoriflessione ma, in un'ottica processuale, a una scrittura intensiva e paradossalmente ripetitiva agendo, in un processo bottom-up, a partire dai registri percettivo-emozionali per creare, secondariamente, anche una ristrutturazione negli assetti cognitivi del soggetto: la ridondanza della ri-narrazione è finalizzata, infatti, alla riacquisizione di controllo personale sulle sensazioni ed emozioni disfunzionali all'origine del malessere psicofisico e di talune somatizzazioni corporee e alla risoluzione di quella percezione di insormontabilità, di fronte al dolore e al disagio psichico, che si converte in rapida capacità reattiva adattiva, accompagnata da una pressoché contemporanea estinzione dei sintomi psicologici più invalidanti.

Gli studi di neuroimaging condotti da Van Der Kolk e altri hanno mostrato infatti come l'alterazione degli stati emotivi, presente nella maggior parte dei pazienti esposti a vicende personali traumatiche, tra cui anche diagnosi mediche infauste o condizioni post-operatorie critiche, implichi una contemporanea iperattivazione delle aree sottocorticali afferenti al così detto "paleoencefalo" e una ipo-attivazione dei lobi frontali cerebrali, determinando una differenza dirimente circa la tipologia e l'efficacia degli interventi psicoterapeutici da utilizzare che, secondo la psicoterapia strategica, vanno focalizzati appunto sulla gestione degli aspetti percettivo-emozionali e reattivi, considerato come l'esposizione a esperienze emozionali correttive sia in grado di influire anche sulla riorganizzazione neuroplastica e sull'espressione genica del cervello.¹⁵

Come sostiene Joseph LeDoux,^{16,17} il paleoencefalo influenza profondamente il nostro telencefalo ma non il contrario; in altri termini le esperienze emozionali determinano in modo decisivo i nostri vissuti e le nostre rappresentazioni coscienti, mentre queste ultime determinano ben poco le nostre risposte emotive. Il canale top-down, dalla mente moderna a quella antica, dunque, è ben poco capace di effettuare quei cambiamenti che invece si realizzano nel senso inverso (bottom-up)... Si tratta di quelle (esperienze emozionali) che Daniel Dennet¹⁸ ha definito 'competenze senza comprensione' che ci permettono di sopravvivere e di adattarci rapidamente all'ambiente senza bisogno di un intervento mediato dalla coscienza".¹⁹

L'argomento è ben noto fin dagli albori della psicoanalisi moder-

na, che con Freud scardinerà il mito del dominio della coscienza nell'agire umano a favore di una predeterminazione inconscia dei nostri piani d'azione.

Lo ritroviamo poi sul campo, lungo i "viaggi mentali" dell'allievo prediletto del nostro viennese, nel dialogo di Carl Gustav Jung con il capo indiano Ochwia Bianco (Lago di Montagna):

"... Che cosa cercano? I bianchi vogliono sempre qualche cosa, sono sempre scontenti e irrequieti. Noi non sappiamo cosa vogliono. Non li capiamo. Pensiamo che siano pazzi. Gli chiesi perché pensasse che i bianchi fossero tutti pazzi. 'Dicono di pensare con la testa' rispose. 'Ma certamente. Tu con che cosa pensi?' gli chiesi sorpreso. 'Noi pensiamo qui', disse, indicando il cuore".²⁰

A parti alternate, dunque, la medicina narrativa promuove proficuamente, nei pazienti come negli operatori sanitari, istanze di realizzazione sincronica rispetto all'auto-riflessività, alla contestualizzazione degli eventi, la loro ri-significazione e all'abreazione emozionale innescata dalle narrazioni, laddove la psicoterapia strategica, nella sua missione operativa di sradicamento di condizioni mentali di disagio fortemente disadattive, inverte il processo, introducendo una dimensione diacronica tra consapevolezza del proprio stato mentale e psicofisico problematico e capacità di coping, consapevolezza ritenuta strategicamente insufficiente, e in tanti casi addirittura controproducente, al fronteggiamento delle difficoltà psicologiche e ad attivare nel paziente le modalità adattive di superamento delle stesse.

Come direbbe von Foester... "se vuoi vedere impara ad agire". Anche le persone di intelletto e cultura elevata, capaci di comprendere la complessità di certi meccanismi, ricorsivi, autopoietici e paradossali, il più delle volte capiscono ma non sanno agire diversamente...

Il cambiamento effettivo prevede non solo il cambiamento delle cognizioni ma soprattutto quello delle percezioni le quali innescano emozioni che a loro volta influenzano le cognizioni e i comportamenti. Tale cambiamento di prospettiva percettivo-reattiva, per essere effettivo, deve passare attraverso esperienze concrete".²¹

La scrittura, dunque, quale presidio metodologico comune condiviso rispetto alla medicina narrativa, si configura sotto questo aspetto come strumento di cura utilizzato con modalità integrata ma differenziata all'interno della pratica clinica strategica, quale mezzo per incidere in modo indiretto ma pregnante sulla sintomatologia psicopatologica, bypassando, in modo paradossale, il lavoro metacognitivo di auto-riflessività e consapevolezza di sé, al fine di superare quelle resistenze al cambiamento che impediscono l'approdo alla risoluzione del disagio psicologico.

LE TECNICHE NARRATIVE STRATEGICHE E LE CORRELATE ESPERIENZE EMOZIONALI CORRETTIVE IN RAPPORTO AI TRE ASPETTI DELLA MEDICINA NARRATIVA: SINGOLARITÀ, INTERSOGETTIVITÀ, ETICITÀ

La psicoterapia strategica, pur condividendo con la medicina narrativa le finalità catartiche di espressione, elaborazione e alle-

viamiento del disagio emotivo di fronte alla malattia, sia vissuto dai pazienti che dagli operatori sanitari, appare connotata, sulla base di quanto precedentemente affermato, da uno statuto epistemologico imperniato su una peculiare dinamica di studio dei meccanismi di funzionamento mentale, tale per cui la scrittura e le “prescrizioni narrative strategiche”, che nella maggior parte dei casi assumono la forma di prescrizioni paradossali del sintomo, diventano specificamente strumento terapeutico e veicolo, per il paziente, di sperimentazione di “esperienze emozionali correttive”:²² “quei vissuti concreti, legati ai sensi piuttosto che alla ragione, in grado di attivare nuove risposte psicofisiologiche funzionali”²³ le quali condurranno, peraltro, dopo l’estinzione dei sintomi e solo al termine del processo di cura, all’accrescimento della consapevolezza di quei parametri disfunzionali sottostanti alla propria debilitante condizione psicologica.

Ciò è reso possibile da fattori preminenti nel processo di cura che permettono ulteriori momenti di confluenza e sovrapposizione tra medicina narrativa e psicoterapia strategica, rappresentati da quelle dimensioni di focalizzazione sulla singolarità, sull’intersoggettività e sull’eticità.

Singolarità

La singolarità, dei pazienti e/o degli operatori sanitari, si configura come elemento primario di convergenza tra psicoterapia strategica e medicina narrativa: i pazienti, in particolare nel contesto di ricovero ospedaliero ma anche in quello ambulatoriale, possono essere sottoposti, infatti, a diagnosi di malattia o a decorsi post-operatori che implicano difficoltà soggettive di adattamento alle derivate disabilità fisiche e ai loro inevitabili correlati psicologici, trovandosi in una condizione di disagio nella quale non solo il “corpo accusa il colpo”, come direbbe Van der Kolk,²⁴ ma anche la mente, nel contenimento del carico emotivo associato, appare traumatizzata, ferita e bisognosa di essere sanata.

A fronte poi di situazioni traumatiche, emergono singolari coping reactions disadattive messe in atto quali tentate soluzioni specifiche con cui il paziente o l’operatore sanitario cerca di superare la sua condizione di malessere: il tentativo di dimenticare e rimuovere dalla memoria i pensieri negativi intrusivi, l’evitamento degli stimoli ansiogeni e/o delle situazioni connesse alla vicenda traumatica vissuta, le lamentazioni e le richieste di aiuto e rassicurazioni.²⁵

Il più recente studio condotto nel 2020 presso l’Ospedale SS. Antonio e Biagio di Alessandria in riferimento ad un campione di operatori sanitari durante la pandemia da Sars-Cov-2 testimonia alti livelli di sintomi reattivi correlati al disturbo da stress post traumatico quali ansia, depressione e insonnia.²⁶

“Lavorare con i disturbi legati a esperienze potenzialmente traumatiche e dolorose significa quindi saper intervenire *ad hoc* sulla modalità percettivo-emotiva della persona coinvolta, aiutandola, a seconda dei casi, a ricollocare gli eventi nel passato, a gestire un presente angosciante e spaventoso (prevenendo talvolta la formazione di un vero e proprio disturbo) o a riaprire uno spiraglio di luce sul futuro”.²⁷

Tuttavia l’intervento *ad hoc*, “la singolarità non rischia di rendere inutile il lavoro clinico?”, si chiede Charon, mettendo in luce la contraddizione degli aspetti dicotomici insiti nell’atto medico-diagnostico, costretto nelle opposte necessità di rilevare le peculiarità specifiche di ogni caso e al tempo stesso categorizzarlo in una griglia di lettura medico-scientifica oggettivante.

“La tendenza della medicina alla replicabilità e all’universa-

lità non ci dà modo di cogliere la singolarità delle nostre osservazioni. Siamo persone uniche, e abbiamo a che fare con persone uniche...”⁸

La necessità, per la medicina narrativa, di integrare la dicotomia “singolarità-replicabilità” mediante la scrittura espressiva, superando il riduzionismo scientifico bio-meccanicistico,⁸ è la stessa che connota lo statuto epistemologico della psicoterapia strategica: quest’ultima caratterizza infatti i propri interventi di cambiamento e risoluzione delle problematiche psicopatologiche sulla base di quei principi metodologici di “singolarità-regolarità” che agiscono sia sul livello logico della struttura dei problemi e delle strategie adeguate alla loro risoluzione, replicabili e predittive ma simultaneamente autocorrettive in funzione dell’originalità con cui si manifesta il disturbo in un determinato paziente, sia sul livello logico dell’interazione specifica che lo psicoterapeuta intrattiene con il paziente, adattando flessibilmente la posizione relazionale, la tipologia di linguaggio e di comunicazione a lui più consoni, nel rispetto appunto del bisogno del paziente di sentirsi compreso nella sua unicità:

“Tutto questo crea un contesto in cui la stessa azione cambia sempre, perché si adatta alle originali caratteristiche che connotano le differenze individuali, familiari e dei vari sistemi complessi.

Al tempo stesso, anche i più creativi espedienti e le più evolutive forme di comunicazione devono essere parte di un rigoroso e sistematico processo orientato al raggiungimento dello scopo prefissato.

Il cambiamento strategico, per essere realizzato in maniera efficace ed efficiente, replicabile e predittiva, richiede molto rigore e precisione ma, al tempo stesso, flessibilità e inventiva”.²³ Così come nella teorizzazione quantica l’osservazione non può essere predeterminata all’esperienza perché lo stesso osservatore produrrà un cambiamento di posizione dell’esperienza osservata.

Intersoggettività

L’atto narrativo permette di far sussistere la dimensione dell’intersoggettività nella misura in cui consente al paziente di far emergere e consegnare la visione soggettiva del proprio mondo intrapsichico e interpersonale (coniugale, familiare, sociale, comunitario) nel rapporto medico-paziente, oltre che con gli altri significativi, coinvolgendo l’operatore sanitario nella posizione responsabile di co-costruzione delle dimensioni trasformative che la narrazione di sé comporta.

È attraverso l’uso della scrittura nella cartella parallela, ove si materializzano gli stati d’animo, le percezioni, le riflessioni ed emozioni degli operatori sanitari, e mediante la condivisione tra gli stessi, che è possibile accedere al terzo movimento della medicina narrativa, a quella connessione intersoggettiva che permette, insieme all’attenzione e alla rappresentazione, di tradurre la propria attività quotidiana in azioni efficaci.⁸

È per tale via che la medicina narrativa introduce nel contesto ospedaliero un dispositivo psicopedagogico di “patient education” e di “self management education”, che mira a rendere il paziente maggiormente capace e abile nella gestione autonoma della propria condizione di salute e malattia, liberandolo da una posizione passiva e disempowered di auto-sorveglianza ossessiva delle sue condizioni psicofisiche, per favorirne invece un ruolo attivo nel determinare la sua capacità di intervenire e ampliare gli spazi d’azione sulla propria salute.

In continuità con tali fondamenti epistemologici si situa l’applicazione del modello strategico -interazionale “sé-altri-mondo”,

che vede lo studio dell'essere umano concentrato attorno alle relazioni sistemiche che si creano tra il singolo soggetto, le altre persone e l'ambiente fisico, sociale e culturale circostante. Il suo presupposto di base è che “la realtà che percepiamo e con la quale ci rapportiamo, problemi e patologie comprese, è il frutto dell'interazione tra il punto di osservazione assunto, gli strumenti utilizzati e il linguaggio che usiamo per comunicare con la realtà; non esiste pertanto una ‘realtà’ vera in sé, ma tante realtà quante sono le diverse interazioni tra soggetto e realtà”.¹¹

Le condizioni di salute e benessere passano, pertanto, secondo il paradigma strategico-interazionale, attraverso la gestione ottimale delle transazioni intersoggettive comunicative tra l'individuo e il suo ambiente: la comunicazione diviene la matrice della salute mentale e psicofisica.

E' a partire da queste “linee guida” epistemologiche che il terapeuta strategico imposta il proprio intervento, condotto non tanto sull'analisi delle esperienze passate del paziente quanto sulla valutazione delle modalità relazionali interdipendenti che il soggetto utilizza nel rapportarsi a sé stesso, agli altri e alla realtà circostante, dei meccanismi di funzionamento del problema all'interno di tale sistema relazionale, delle modalità impiegate dal soggetto per risolvere il problema (le tentate soluzioni) e di quelle più rapide ed efficaci che il terapeuta può suggerire o meglio co-costruire insieme all'individuo per cambiare la situazione, facendo leva e utilizzando, tra le altre, le sue stesse risorse interne, tra cui appunto la scrittura espressiva “strategicamente orientata”.

Eticità

Gli effetti degli atti narrativi si concretizzano in medicina narrativa, oltre che negli aspetti fin qui descritti, anche nella generazione di eticità, derivante dalla co-costruzione e dalla decifrazione di quanto narrato che apre, nello scambio intersoggettivo tra paziente e operatore sanitario, al riconoscimento dell'identità reciproca, a una modalità valutativa del modo di esistere e di percepire il mondo, nel rispetto dell'altro da Sé:

“Scegliendo parole che, fino a un momento prima, non avevano una forma, non potevano essere viste né sentite, si compie un'attività fondamentalmente morale: si adatta il linguaggio ai pensieri, alle percezioni e alle sensazioni di un narratore in modo da farci ‘entrare’ qualcuno. La portata etica di una storia (insieme ovviamente, a quella estetica e psicologica) si rivela non solo alla luce del giorno, ma anche alla luce degli altri”.⁸

In tal senso si potrebbe considerare la narrazione, come la fotografia, un atto di estroflessione del proprio mondo intrapsichico e interpersonale, dei propri turbamenti che consente il superamento del timore di poter essere giudicati da sé stessi e dagli altri per i propri limiti, andando oltre la preoccupazione riguardo alle modalità estetico-formali con cui vengono espressi e raccontati i vissuti.

L'etica della narrazione, in medicina narrativa come in psicoterapia strategica, pare così sostanzarsi in quella che il filosofo Francois Jullien definisce l'etica della de-coincidenza, laddove rende possibile distanziarsi emotivamente e de-solidarizzare da sé stessi per superare l'aderenza rigida e talvolta apparentemente confortevole ai propri pensieri, alle proprie percezioni e reazioni disfunzionali, promuovendo il coraggio di denudarsi e di adempiere pienamente, nel rispetto di sé e dell'Altro, alla propria vocazione di essere umano.²⁸

Le tecniche narrative strategicamente orientate promuovono tale disallineamento e tale azione di coraggio, assolvendo alla funzione di disvelare, nello specifico, la ridondanza delle percezioni e

delle reazioni che il soggetto mette in atto e che traduce nella scrittura della sua condizione problematica, evidenziando indirettamente quanto si sia adeguato e immobilizzato nell'adesione appunto a una ripetitività reattiva-comportamentale disfunzionale che lo cristallizza nel ripiegamento su sé stesso, essendo “incapace di qualsiasi ‘sporgenza’ fuori di sé e condannato, quindi, alla continua ripetizione, tanto che quello che si è soliti definire ‘male morale’ o ‘vizio’ deriva da null'altro, a dire il vero, che dal fatto che l'io non dis-aderisce più da ciò che è divenuto, tramite il fissaggio di una concordanza, ma si chiude e vi si modella al punto di non poter tentare nulla di altro”.²⁸

Le tentate soluzioni, raccontate negli scritti dei pazienti e/o degli operatori sanitari, di voler scacciare le angosce e le emozioni negative che accompagnano ricordi o pensieri intrusivi indesiderati determinando tuttavia, così facendo, il loro ossessivo ripresentarsi alla mente e l'impossibilità di uscire da questi tentativi fallimentari rimanendovi intrappolati senza riuscire a percepire altre modalità risolutive, illustrano bene tale evidenza.

L'etica sussiste, si palesa implicitamente nella misura in cui l'individuo non solo percepisce e prende atto delle cornici soggettive con cui interpreta la realtà, assumendosi la libertà ma anche la responsabilità di scegliere quelle che in quel momento esistenziale ritiene siano le migliori per fronteggiare la sua situazione, ma anche laddove accede a una ristrutturazione e a un ampliamento di quei frame soggettivi, che gli consentiranno di aprire varchi di ulteriori possibilità di scelta nel reagire a quella stessa situazione, facendo proprio l'imperativo etico strategico-costruttivista di Von Foester: “agisci sempre in modo da aumentare il numero delle scelte”.²⁹

Gli aspetti etici della terapia strategica si riverberano infine anche sulla brevità dei suoi interventi quale fattore funzionale a un'ottica ecologicamente focalizzata al raggiungimento in tempi rapidi di obiettivi concreti e circoscritti, evitando un regime di prolungata dipendenza dal terapeuta e da tempi di efficacia troppo lunghi e inutili al soggetto stesso.

CASI CLINICI

Ipocondria

Emma, laureanda in discipline sanitarie e tirocinante presso un presidio ospedaliero del suo luogo di residenza, giunge in ambulatorio dopo aver già tentato alcuni approcci terapeutici, inviata dallo stesso terapeuta che aveva condotto il precedente percorso giacché i risultati erano ancora deludenti, a fronte di una ricaduta ipocondriaca che da circa tre mesi le crea malessere e disagio psicologico.

Nella prima fase d'indagine del problema la paziente racconta che i sintomi psicosomatici, manifestati subito dopo la morte del padre, deceduto per un carcinoma al pancreas circa undici anni fa, riguardavano in particolare mialgie al fianco, nella stessa posizione in cui il genitore era stato intaccato dal tumore, successivamente febbre, dolori diffusi in diverse parti del corpo e, attualmente, nuovamente alterazione della temperatura corporea, dolori in varie distretti corporei e “presunto” ingrossamento dei linfonodi del collo con certezza, associata a un elevato livello di ansia, di aver contratto un tumore al seno; tale quadro sintomatico fin da subito fa ipotizzare un disturbo da sintomi somatici (DSM5 - Cod. 300.82 F45.1) e, specificatamente alla concettualizzazione strategica, un'ipocondria classica mutaforme con viraggio verso specifica

patofobia, che ci pare necessario analizzare in modo più approfondito col dialogo strategico.^{30,23}

L'ansia di malattia sembra essersi amplificata in un'escalation progressiva in concomitanza della recente diagnosi di un possibile carcinoma alle tonsille della futura suocera a cui Emma è molto affezionata, successivamente disconfermata dagli esiti negativi degli esami strumentali effettuati, ma che sembra aver assunto il ruolo di fattore stressogeno precipitante la paura di Emma, associata alla persistente convinzione, di essere affetta, lei stessa, da qualche malattia/tumore.

Durante il colloquio iniziale Emma confida: "Ho l'ansia e la nausea. Sento il mio seno malato e lo vedo pieno di bozzi, almeno uno dei quali sarà maligno e mi porterà a morire tra atroci sofferenze... La malattia mi impedirà di vivere felice con C. (fidanzato)... È inutile impegnarmi a fare il tirocinio tanto dovrò curarmi per il tumore al seno per tutta la vita... In due mesi è cresciuto tantissimo, vuol dire che è aggressivo.... poi ho anche prurito all'inguine e lo collego sempre al linfoma... e il dolore alla gamba destra che ogni tanto mi prende può essere un osteosarcoma...".

Nel descrivere il suo problema, la paziente riferisce inoltre di come, col passare del tempo, abbia sempre più avvertito il bisogno irrefrenabile e irrinunciabile di palparsi compulsivamente il seno, più volte al giorno, e di come la percezione di una ghiandola un po' ingrossata alimenti in lei la convinzione ossessiva possa trattarsi di un tumore, motivo per cui, alcuni giorni prima del nostro colloquio psicologico, ha prenotato dal radiologo una visita e un'ecografia di controllo, già effettuata nei sei mesi precedenti, i cui esiti si sono rivelati negativi in entrambe le occasioni.

Il notevole livello di arousal della paziente finisce per incidere anche sulla sua qualità del sonno, che appare piuttosto disturbato e per risolvere lo stato ansioso e l'insonnia la paziente decide di rivolgersi a uno psichiatra che le prescrive i farmaci da assumere quotidianamente.

A seguito dell'evento scatenante (la diagnosi di possibile tumore alle tonsille della suocera), paiono essersi pertanto riattivate nella paziente le tentate soluzioni disfunzionali tipiche del disturbo ipocondriaco/patofobico e rapportabili a un sottostante sistema percettivo-reattivo di tipo ossessivo-compulsivo, espresse attraverso la messa in atto di:

- ispezione corporea ossessiva mediante iper-vigilanza e attenzione focalizzata sul controllo percettivo-sensoriale del proprio corpo con compulsione impellente e irrefrenabile a continue autopalpazioni, circoscritte in particolare al seno e ai linfonodi ascellari e del collo, le quali, alimentando il livello di apprensione emotiva e di ideazione ossessiva catastrofica, l'hanno indotta a:
 - richieste ripetitive di esami strumentali (Tc ed ecografia) il cui esito negativo non è servito tuttavia a depotenziare la preoccupazione e i pensieri ossessivi della paziente né a rassicurarla sul suo stato di salute;
 - continuo sfogo relazionale e socializzazione delle proprie paure e sintomi nei confronti della madre, del fidanzato, della futura suocera, degli amici e dei medici consultati, accrescendo anziché ridurre l'effetto fobico delle sue propriocezioni somatiche oltre che produrre insofferenza e irritazione negli interlocutori circa la ridondanza delle sue lamentazioni, con un progressivo deterioramento dei rapporti affettivi e interpersonali;
 - ricorso all'assunzione di psicofarmaci antidepressivi e ipnotico-sedativi per ridurre lo stato di tensione emoziona-

le e l'insonnia, conseguenti all'alterazione dei ritmi del ciclo circadiano sonno-veglia e alla relativa compromissione della qualità di vita, professionale e relazionale.

Mediante una serie di ristrutturazioni finalizzate a evidenziare quanto tali reazioni emotive e comportamentali agiscano quali fattori di persistenza del disturbo, si sono re-incorniciate e modificate le percezioni della paziente e conseguentemente ampliate le prospettive di significato che Emma attribuisce alla propria condizione di malessere.

Si è poi proceduto con il protocollo strategico che prevede la sperimentazione, da parte del paziente, di esperienze emozionali correttive mediante l'utilizzo di tecniche narrative quali il check-up ipocondriaco e il diario della paura delle malattie in cui la paziente è invitata a mettere per iscritto, con un esercizio sistematico e ritualizzato di auto-ispezione corporea, le sue sensazioni corporee e i suoi sintomi, da descrivere nei termini più specifici relativamente alle proprie ipotesi di malattia concomitanti e a narrare, nel momento in cui sente salire il livello di ansia, con un racconto scritto su di un quaderno, le proprie emozioni, paure, pensieri e vissuti personali in modo tale da dare sfogo alle sue peggiori fantasie al riguardo.

In entrambe queste prescrizioni la narrazione, in modo controintuitivo, possiede la caratteristica di portare ai confini dell'esaasperazione immaginativa più cupa e spaventosa le percezioni e le emozioni avvertite dalla paziente e di reiterare lo stesso tipo di racconto descrittivo sintomatologico e catastrofico, quotidianamente, in modo costante e ripetitivo.^{21,12}

In sostanza si utilizza il pensiero non tanto al servizio di sé stesso, in una sorta di ripiegamento metacognitivo introspettivo, ma funzionalmente a un prioritario aumento dell'intensità percettiva ed emozionale per far sì che la paziente assuma una maggior confidenza e capacità di contatto non ansiogeno con il proprio corpo e i propri sintomi, rinunciando, in tal modo, anche al bisogno di ricorrere frequentemente e in modo ingiustificato agli esami medici strumentali.

Nelle sedute successive, Emma appare progressivamente più tranquilla e rilassata.

Verifichiamo con lei l'esito delle prescrizioni, che si è impegnata a seguire, desiderosa di alleviare il suo problema. Tutte hanno sortito l'effetto previsto: la paziente ha abbandonato gradualmente le idee ossessive relative al suo stato di salute, da lei stessa descritte come sempre meno frequenti, con sempre minore necessità di dover compilare il diario della paura delle malattie e ha altresì ridotto il bisogno quotidiano di effettuare l'ispezione corporea al seno, fino all'estinzione totale e definitiva della sintomatologia, a circa tre mesi dalla prima seduta.

Agli incontri di follow-up, l'ultimo dei quali avvenuto a distanza di due anni dalla fine del percorso, Emma, felice e luminosa nella sua preservata condizione di salute psicofisica, ci presenta una lettera di cui riportiamo alcuni passaggi significativi:

"Quando ho deciso di intraprendere questo percorso di terapia ero emotivamente a terra...

In quel periodo non facevo altro che controllarmi compulsivamente i linfonodi ascellari e tutti i possibili noduli o bozzi presenti sotto la mia pelle, traendo conclusioni nefaste.

Ricordo ancora la sensazione di paura quando mi è stato illustrato il primo compito da svolgere: prevedeva di fermarmi durante la giornata e palparmi dalla testa ai piedi per poi scrivere su di un foglio tutto quello che la mia testa avesse partorito durante la palpazione.

In realtà, palparmi era quello che facevo tutti i giorni nonostante le persone accanto a me, che mi volevano bene, mi ripetessero insistentemente di smetterla.

Dal momento in cui mi è stato “prescritto” di farlo ho sentito la paura di potermi diagnosticare altre malattie ma, dopo qualche giorno, la paura e l’ansia si sono trasformate in disinteresse.

Mettere su carta quello che sentivo, per poi descrivere la malattia che avrebbe potuto corrispondervi mi ha fatto rendere conto che ciò che cercavo era ridicolo e assurdo. Per un periodo di tempo sono riuscita a svolgere gli esercizi con precisione, esattamente come mi erano stati indicati.

Dopo qualche settimana, ho cominciato a trovare difficile fermarmi durante la giornata per palpare il mio corpo e descrivere tutte le malattie che ogni imperfezione sottopelle avrebbe potuto rappresentare....

Ho iniziato a percepirla come una perdita di tempo.

È stato come se riuscissi a vedermi con gli occhi degli altri, dall’esterno.

Tutto quello che sentivo sotto pelle avrebbe potuto essere qualsiasi cosa, non avevo più le capacità di diagnosticarmi nulla.

Ho cominciato a non pensarci più, a disinteressarmi, fino ad annoiarmi durante la palpazione compulsiva del mio corpo, cosa mai capitata prima.

È conseguito un gran senso di liberazione.

Posso dire che, a distanza di tanto tempo, questi esercizi sono stati efficaci a risolvere l’approccio compulsivo che avevo nel controllo del mio corpo.

Trovo anche utile avere un’arma a disposizione: nel caso il problema si ripresentasse, so di poter utilizzare questi esercizi per stare meglio”.

Disturbo da stress post-traumatico

Maria, sessantasettenne, viene inviata in ambulatorio su richiesta del Reparto di Pneumologia dell’Ospedale, a causa di grave insufficienza respiratoria per asma bronchiale di cui soffre da molti anni, diagnosticata dai medici curanti in comorbilità con sindrome ansiosa e attacchi di panico, che la paziente manifesta sia durante gli episodi di dispnea, sia alla vista dell’acqua e delle immagini trasmesse in tv, relative alla vicenda dello tsunami avvenuto nel 2004 alle Maldive, luogo in cui Maria si trovava, rimanendone direttamente coinvolta, a scapito della sua stessa vita.

La donna, che si sposta con il sondino per l’ossigeno e un deambulatore per non affaticarsi troppo, si mostra esausta dal dover rivivere nella sua mente ormai da quindici anni il trauma subito e desiderosa di superare gli attacchi di panico, sollecitati dai pensieri intrusivi da cui si sente invasa quotidianamente e ogni volta che stimoli sensibili le riattivano il ricordo traumatico della vicenda, impedendole di vivere serenamente.

Mentre la paziente racconta la sua storia la osserviamo trasalire più volte con gli occhi pieni di lacrime:

“Quel 2004 ero andata a festeggiare il Natale alle Maldive per rilassarmi, sapendo che il clima mi avrebbe fatto bene anche per l’asma... Dopo colazione sono andata in spiaggia aspettando che uscisse il sole, ma stava per iniziare l’incubo peggiore della mia vita... A un certo punto all’orizzonte sul mare vedo ritirarsi l’onda e arrivarne subito dopo una gigante, che non scorderò mai... Correavamo tutti verso la piscina dell’hotel... ero terrorizzata... io camminavo veloce e cadendo in acqua tre, quattro volte mi sono

ferita le gambe, graffiate dai coralli... l’acqua mi correva dietro, mi era arrivata alla gola... ero angosciata... allora, per paura di annegare, non sapendo nuotare, ho urlato talmente forte che due maldiviani sono venuti a soccorrermi, mi hanno preso per le mani e mi hanno tirato su...

Quando è arrivato il medico a disinfettarmi le gambe con l’amuchina gridavo dal dolore... Alla fine il mare si è calmato ma di colpo è arrivata un’altra onda, anche se meno alta della prima... l’angoscia era totale... avevamo paura che si alzasse ancora e ci sommergesse... per fortuna non è successo...

Maledetto tsunami, mi ha sconvolto la vita per il terrore che mi è rimasto addosso...!

Sono stanca di questa ossessione che non riesco più ad allontanare da me...

Come posso combatterla, adesso che ho paura dell’acqua e continuo ad avere gli incubi e mi prende il panico?”.

La paziente ha evidentemente strutturato, a partire dal disturbo post-traumatico da stress (DSM 5 – Cod. 309.81 F.43.10), una fobia situazionale-ambientale specifica, manifestando incapacità di autoregolazione nella gestione della paura, emozione primaria rivelatasi ridondante e pervasiva rispetto ad altre (dolore, rabbia) che avrebbero potuto emergere a seguito del trauma vissuto.

Abbiamo pertanto lavorato focalizzandoci sull’induzione delle esperienze emozionali correttive ovvero “quei vissuti concreti, legati ai sensi piuttosto che alla ragione, in grado di attivare nuove risposte psicofisiologiche funzionali”²³ necessarie a favorire il cambiamento desiderato, a partire dalla sua percezione di paura, al fine di ridimensionare il livello di ansia, generativa del panico, e farlo rientrare al di sotto dei parametri di soglia disadattivi.

Delle coping reactions o tentate soluzioni fallimentari messe tipicamente in atto dai pazienti che soffrono di disturbo da stress post-traumatico (il controllo dei pensieri riferiti al trauma nel tentativo di cancellarli, l’evitamento delle situazioni e/o stimoli associabili al trauma, le richieste di assicurazione e la lamentazione), Maria ha utilizzato soprattutto le prime tre, non avendo mai sentito la necessità di esternare agli altri lamentele su quanto accaduto: in seduta, riferisce infatti che più tenta di non pensare agli eventi vissuti, più le ritornano alla mente come flashback i ricordi traumatici e le sensazioni angoscianti, cui associa l’evitamento di ogni stimolo che possa rievocarle, al punto tale che ogni volta che in tv, al telegiornale, trasmettono le immagini dello tsunami o di maremoti deve immediatamente cambiare canale per l’impossibilità di sostenerne la visione e sfuggire agli attacchi di panico.

Ciò l’ha indotta a evitare precauzionalmente anche le vacanze estive nelle località marittime che a lei sono sempre tanto piaciute e, quando comincia a piovere in modo copioso o vede il formarsi anche di piccole pozzanghere, si sente costretta a oscurare le finestre e a mettersi a letto sotto le coperte, chiedendo protezione al marito.

Il sistema percettivo-reattivo della paziente, di tipo ossessivo-fobico, pare contraddistinguere le tentate soluzioni disfunzionali di fronteggiamento del suo disagio che ristrutturiamo guidando Maria verso una percezione differente delle proprie azioni.

Invitiamo pertanto la paziente a compilare il romanzo del trauma: ogni giorno, riservandosi un lasso di tempo opportuno, avrebbe dovuto trascrivere tutte le immagini, sensazioni, emozioni provate durante lo tsunami, rievocando e riscrivendo quotidianamente la stessa vicenda nella maniera più dettagliata possibile per poi consegnarci quanto scritto.

Nelle sedute successive la paziente ci affida le sue narrazioni che, se inizialmente risultano brevi e approssimative descrizioni di

quanto avvenuto, diventano via via sempre più lunghe e particolarizzate.

Maria ci racconta che, durante le sue prime stesure, ha provato una certa difficoltà a tornare volontariamente indietro con la memoria agli eventi accaduti, dovendo fermarsi a poche frasi, assalita da una sensibile riattivazione emozionale la quale, tuttavia, si è andata affievolendo e scomparendo, mano a mano che ri-scriveva, nelle ultime narrazioni, con grande sollievo e sorpresa della paziente stessa, meravigliandosi del fatto che non siano nemmeno più comparsi gli attacchi di panico, né il conseguente bisogno di chiedere aiuto al marito.

Ripercorrere per iscritto facendola re-immersione sensorialmente nella vicenda traumatica l'ha indotta ad acquisire progressivamente il necessario controllo e distanziamento emotivo; in tal modo, "...lavorando nel presente il terapeuta guida il paziente a 'rimettere' il passato nel passato, permettendogli così di andare avanti nella sua vita e di riappropriarsi del proprio futuro."²⁵

Entusiasta dei risultati ottenuti, Maria, già alla terza seduta vorrebbe concludere il percorso, confidandoci di provare finalmente un senso di benessere mai vissuto prima, essendo svanita anche la paura per le visite mediche di controllo per la sua asma bronchiale.

Dopo circa quattro mesi di terapia, in cui sono stati spazzati via quindici anni di sofferenza, il percorso si è concluso alla sesta seduta, con la remissione di tutti i sintomi, confermata a ogni successivo follow-up, l'ultimo dei quali a 2 anni di distanza dal termine del trattamento.

Nell'ultima seduta la paziente, raggiante e sicura di sé, fiduciosa nelle proprie risorse, ci consegna un suo scritto in cui leggiamo:

"Sono stanca di questa storia che mi ha fatto stare male per ben quindici anni, dal 2004 a oggi. Ho avuto tanta paura, di qualsiasi cosa, anche la più piccola ma specialmente questa era la più grande. In ospedale, la dottoressa del reparto mi ha detto di provare a vedere se si poteva fare qualcosa, perché avevo troppi attacchi di panico, e ora finalmente mi è passata questa grande paura..."

Lo tsunami se n'è andato e quando il 26 dicembre (2019) l'hanno ricordato, come ogni anno in ogni telegiornale, l'ho guardato senza avere più paura...

Questo 26 dicembre, dopo molti anni, abbiamo festeggiato con mio marito il nostro anniversario di matrimonio con gioia e serenità, e quella paura non esiste più... per colpa della 'bestia' avevo dimenticato questa festività molto importante nella nostra vita, mia e di mio marito.

Sono serena adesso... la 'bestia' se n'è andata per sempre!"

CONCLUSIONI

A partire dalla pratica clinica ambulatoriale svolta presso l'Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio di Alessandria, ove sono stati affrontati i casi descritti in questo articolo, si è voluto riflettere sulla scrittura quale strumento tecnico metodologico utilizzato sia in medicina narrativa, nell'ambito delle iniziative promosse dal Centro Studi Cura e Comunità per le medical humanities, sia in psicoterapia breve strategica presso il Centro Terapia Strategica di Arezzo, al fine di evidenziarne la condivisione di determinate caratterizzazioni comuni piuttosto che alcune differenziazioni, in ordine agli obiettivi perseguibili, nella direzione univoca che accomuna entrambe verso una concezione integrata salutogenica per la valorizzazione e lo sviluppo delle risorse umane e di personalizzazione delle cure.

Si è osservato come le tecniche di scrittura della medicina narrativa e della psicoterapia strategica confluiscono nella condivisione delle finalità conoscitive e relazionali, personalizzate rispetto al paziente e nel rapporto medico/operatore sanitario, favorendo la singolarità, l'intersoggettività e l'eticità all'interno dei presidi di cura e come si differenzino invece relativamente all'utilizzo semantico-contenutistico vs processuale del racconto narrativo e delle dimensioni temporali-causali, oltre al promuovere un approccio sincronico vs diacronico tra consapevolezza del proprio stato mentale e psicofisico problematico e capacità di coping per il superamento dello stesso.

Ulteriori riferimenti bibliografici di approfondimento in merito a tali tematiche sono riportati in appendice al presente articolo.

Ci pare pertanto di poter concludere che il metodo narrativo, seppur declinato secondo modalità diversificate in medicina narrativa e in psicoterapia breve strategica, possa testimoniare l'utilità e l'unità di intenti e obiettivi con cui possa essere applicato all'interno di un'azienda sanitaria pubblica, in virtù di una maggiore attenzione all'intrinseca bi-direzionalità esistente tra corpo e psiche: "Che la mente sorga come proprietà intrinseca della complessità biologica del nostro cervello non cambia il risultato finale: i nostri pensieri, le nostre convinzioni, la nostra cultura, le nostre esperienze sono in grado di influenzare con forza la nostra salute e la nostra malattia..."

Si accetti finalmente di costruire insieme una medicina più rivolta all'uomo e che tenga conto della complessità del nostro organismo e delle profonde interazioni tra mente e corpo, tra esperienze e malattia".³¹

Correspondence: Alessandra Sansone, Azienda Ospedaliera SS. Antonio e Biagio e Cesare Arrigo, via Venezia 16, 15121, Alessandria, Italy. Tel.: 340.5892488. E-mail: a_sansone@libero.it

Authors' contributions: All the authors made a substantive intellectual contribution, performed part of the experiments. All the authors have read and approved the final version of the manuscript and agreed to be accountable for all aspects of the work.

Funding: None.

Conflict of interest: The authors declare no potential conflict of interest.

Availability of data and materials: All data generated or analyzed during this study are included in this published article.

Received for publication: 11 March 2022.

Accepted for publication: 9 May 2022.

Publisher's note: All claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.

©Copyright: the Author(s), 2022

Licensee PAGEPress, Italy

Working Paper of Public Health 2022;10:9497

doi:10.4081/wpph.2022.9497

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

BIBLIOGRAFIA

1. Maconi A, Lombardi R, Dacquino M. Medicina e altre scienze: Medical Humanities. Working Paper of Public Health. 2019;7.
2. World Health Organization. Constitution of the World Health Organization. International Health Conference, New York, USA, 1946.
3. Barbierato A, Baretto E, Pepoli A. Esperienza in medicina narrativa nell'ospedale di Alessandria con il personale dell'Ematologia e della Neurooncologia. Working Paper of Public Health. 2014;2.
4. Ruiz L, Ferrandi D, Bolgeo T, *et al.* La stanza della scrittura: scrivere aiuta la guarigione. Working Paper of Public Health. 2016;14.
5. Barbierato A, Depaoli L, Pepoli A. La "riscrittura" del campo emotivo tra medico e paziente. Interventi di medicina narrativa in ospedale. Roma: Aracne editrice. 2019. 88 pp.
6. Bertolini G. Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico. Milano: Guerini editore. 1995. 184 pp.
7. Bertini M. Psicologia della Salute. Milano: Raffaello Cortina editore. 2012. 390 pp.
8. Charon R (traduzione a cura di Christian Delorenzo). Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti. Milano: Raffaello Cortina editore. 2006. 316 pp.
9. Nardone G. Psicosi e ipocondria. Roma: Paesi editore. 2020. 72 pp.
10. Watzlawick P. Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica. Milano: Feltrinelli editore. 1980. 176 pp.
11. Watzlawick P, Nardone G. Terapia breve strategica. Milano: Raffaello Cortina editore. 1997. 230 pp.
12. Nardone G, Salvini A. Dizionario Internazionale di Psicoterapia. Milano: Garzanti editore. 2013. 700 pp.
13. Nardone G, Balbi E. Solcare il mare all'insaputa del cielo. Milano: Ponte alle Grazie editore. 2008. 182 pp.
14. Pennebaker JW, Smyth JM. Il potere della scrittura. Milano: Tecniche Nuove editore. 2017. 250 pp.
15. Gabbard G. A Neurobiologically informed perspective on Psychotherapy. The British Journal of Psychiatry. 2000;177:117-122.
16. LeDoux J. Il sé sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo. Milano: Raffaello Cortina editore. 2002. 570 pp.
17. LeDoux J. Ansia. Milano: Raffaello Cortina editore. 2016. 629 pp.
18. Dennet DC. Dai batteri a Bach. Come evolve la mente. Milano: Raffaello Cortina editore. 2018. 551 pp.
19. Nardone G. Emozioni. Istruzioni per l'uso. Milano: Ponte alle Grazie editore. 2019. 117 pp.
20. Jung CG. Ricordi, sogni, riflessioni. Roma: Rizzoli editore. 1998. 508 pp.
21. Nardone G. Paura, panico, fobie: la terapia in tempi brevi. Milano: Ponte alle Grazie editore. 1993. 300 pp.
22. Alexander F. (1946) L'esperienza emozionale correttiva. Psicoterapia e Scienze Umane. 1993, XXVII, 2: 85-101.
23. Nardone G, Milanese R. Il cambiamento strategico. Milano: Ponte alle Grazie editore. 2018. 142 pp.
24. Van der Kolk B. Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche, Milano: Raffaello Cortina editore. 2014. 501 pp.
25. Cagnoni F, Milanese R. Cambiare il passato. Superare le esperienze traumatiche con la terapia strategica. Milano: Ponte alle Grazie editore. 2009. 236 pp.
26. Sterpone R, Manfredi V, Cassinari A, *et al.* Psychological effects of COVID-19 outbreak in hospital workers during the Italian third phase. Working Paper of Public Health. 2021;9.
27. Nardone G, Cagnoni F, Milanese R. La mente ferita. Attraversare il dolore per superarlo. Milano: Ponte alle Grazie editore. 2021.
28. Jullien F. Il gioco dell'esistenza. De-coincidenza e libertà. Milano: Feltrinelli editore. 2019. 128 pp.
29. Von Foerster H. Ethics and second-order Cybernetics. 1991; ESF; Paris, France; pp.44-55.
30. Bartoletti A, Nardone G. La paura delle malattie. Milano: Ponte alle Grazie editore. 2018. 331 pp.
31. Nardone G, Speciani L. Mangia, muoviti, ama. Milano: Ponte alle Grazie editore. 2015. 288 pp.