

## **I Gruppi Balint (GB): luogo e spazio di conoscenza della malattia nel vissuto della relazione tra operatore e paziente**

*Domenico Agresta*

### **Abstract**

In questo articolo sono presenti approfondimenti e considerazioni da parte dell'autore sui Gruppi Balint, ed in particolar modo sulla relazione terapeutica tra operatore e paziente .

Nel gruppo, il medico usa sé stesso come “farmaco” e mentre il relatore parla di un caso clinico vissuto, rivive tale vicenda nel *hic et nunc* .

Il gruppo ed il leader pertanto osservano il controtransfert del relatore e pertanto nel gruppo sono presenti tre dimensioni: il rapporto con il paziente, con il leader e con il gruppo.

La malattia dunque viene riattualizzata attraverso l'esperienza del corpo-gruppo, nell'*hic et nunc* .

**Parole-chiave:** gruppo, malattia, Balint, relazione, psicosomatica

Se è vero che nel gruppo è possibile riflettere su di un'esperienza mentre la si vive, potremmo affermare anche che nel gruppo la malattia e il paziente prendono forma, sono ascoltati, svelati e conosciuti proprio perché essi nel gruppo sono come presenti, sono come fisicamente partecipi.

Il gruppo rappresenta in piccolo la società in cui si vive e si opera poiché in esso si costituiscono tutte le dinamiche che si possono instaurare nella vita di tutti i giorni. Da qui la possibilità di poter utilizzare il gruppo nella formazione al rapporto interpersonale, permettendo di convogliare in un luogo e in uno spazio definiti, il gruppo appunto, tutte le forze, le dinamiche, i vissuti, le risposte affettive/emotive e, quindi, tutto ciò che accade ed è accaduto nel rapporto medico-paziente.

*<<Il gruppo per la formazione e, potremmo dire, la malattia nel gruppo di formazione potrebbero essere visti come elementi dello stesso sistema quello, cioè, del rapporto, della relazione che passa tra l'operatore e il suo paziente. Questo rapporto, come tutte le relazioni umane, è un legame complesso, profondo e dinamico ed è costituito da una costante oscillazione di livelli inconsci, irrazionali, psichici e livelli consci, razionali e somatici. La dimensione cosiddetta psicosomatica prende forma nel gruppo attraverso la riflessione sull'esperienza relazionale vissuta nella sua totalità>>.* (Sapir 1980; Agresta e Agresta 2006).

Il Gruppo Balint (GB) è, in questo caso, il metodo più diffuso per la formazione psicosomatica del medico e, nella sua accezione più ampia, il metodo più usato per l'addestramento al rapporto interpersonale per tutti gli operatori “psi” e non (infermieri, assistenti sociali e insegnanti). Il lavoro del GB consiste nello studio del controtransfert manifesto (Balint 1957; Balint e Balint 1961) dell'operatore, del modo

cioè, in cui egli utilizza la sua personalità, la sua cultura, le sue convinzioni scientifiche, i suoi moduli di reazioni automatica. Il GB non è un gruppo di terapia, tantomeno un gruppo di supervisione. È un gruppo che promuove e/o predisporre, piuttosto, l'operatore a non agire senza ascoltare e senza riflettere sulla relazione e sulle emozioni che prova nel momento in cui il paziente chiede aiuto. Inoltre l'operatore viene aiutato a focalizzare con la tecnica del "flash" la richiesta d'aiuto del paziente e la problematica profonda che sottende tale domanda (Agresta 2005).

Una delle intuizioni più felici di M. Balint, a riguardo, è stata quella di considerare il farmaco più usato come quello del "farmaco-medico"; il medico usa molto se stesso nella diagnosi/relazione col paziente ma, spesso, inconsapevolmente o comunque senza conoscere bene quale è il "suo dosaggio e la sua controindicazione". Non bastano, in questo caso, il buon senso e l'esperienza. Se per analogia pensiamo a tutte le istruzioni che accompagnano qualsiasi farmaco introdotto in medicina ci rendiamo conto di come è difficile dosarsi, con quale frequenza e in che modo.

Un farmaco ha degli effetti secondari. Il farmaco-medico ha, di conseguenza, effetti iatrogeni che sono la sua risposta alle richieste del paziente: cioè la qualità della relazione e la *competenza relazionale*. Vediamo perché. Secondo molti Autori (Di Donato 2000; Luban-Plozza 2001; Agresta 2003a; Minervino 1994; Trenkel 1974; Agresta 2005) vi sono persone che si rifugiano nella malattia quando ancora la malattia non è ancora strutturata. Queste persone vivono nella sofferenza una dimensione soprattutto esistenziale/sociale e, a questa dimensione cercano, nella figura "salvifica e onnipotente" del medico o del professionista in genere, risposte e risoluzioni di tipo fisico e organico. Il verdetto "non hai niente!", mentre può rassicurare un paziente "organico", non rassicura quasi mai uno psicosomatico. È chiaro che anche questa tipologia di paziente vive un disagio profondo e doloroso tanto quanto il "paziente organico". Questi individui, però, comunicano attraverso un corpo malato e sofferente e, spesso, sono "feriti nello spirito". Come direbbe Sapir (1980) in riferimento al concetto di malattia psico-somatica, così come la si scriveva, paziente e operatore sono "malati di trattino". Entrambi, infatti, tendono a vivere l'essere umano come due entità distinte, come mente e corpo separati. Il paziente preferisce che si dia retta ai suoi malesseri fisici così da poter essere ascoltato; d'altra parte, l'operatore, in genere, è allineato a tecnicizzare/standardizzare il concetto di malattia dandogli un significato prettamente razionale e fornendo, perciò, cause e rimedi che hanno a che fare più con il concreto, con la materia con l'energia (vedi esami clinici infiniti). La malattia, certo, è sul corpo e il corpo offerto nella relazione è appunto un corpo malato, ma è ormai dimostrato che l'uomo è una "esperienza psicosensoriale" vale a dire che il corpo e la mente sono in costante "dialogo" e in continuo scambio dinamico. Recenti ricerche in ambito psicosomatico (Biondi 2002; Agresta 2003) hanno dimostrato che nel gruppo, come già nella relazione duale terapeuta/cliente, sono misurabili e verificabili cambiamenti strutturali e funzionali del sistema nervoso attraverso lo strumento terapeutico della parola e della relazione (psicoterapia verbale). La parola, la relazione sono strumenti terapeutici. A questo punto, possiamo chiederci "quanto di psicosomatico" c'è in una malattia? "Quanto di

psicosomatico” c’è nel gruppo? Nel caso di pazienti cosiddetti “psicosomatici” queste domande, a livello teorico, hanno risposte chiare ma, nella dimensione relazionale e clinica, è tutto più difficile: è necessario per l’operatore, infatti, trovare un canale di comunicazione comune e funzionale in un luogo adatto ed equilibrato. Il gruppo Balint ha questa funzione. Nel GB, quindi, questi individui e il loro corpo comunicano per mezzo del relatore del caso e guidano, così, sia il gruppo sia il relatore sia il leader a di-svelare il messaggio profondo rispetto a quello “superficiale”. Il corpo malato del paziente è “preso in cura” dal gruppo.

Lo spazio del gruppo diventa, perciò, quel luogo e quel momento di ascolto della malattia e del disagio. Mentre il relatore (R) parla al gruppo (G) di un caso clinico, cioè della relazione che ha avuto con quel paziente (P) (*illic et tunc*), R rivive (sta rivivendo) tale vicenda (*hic et nunc*). È possibile che questa relazione sia durata qualche anno o solo un singolo colloquio, ma è stata comunque un’esperienza ricca di emozioni, di ansie, di paure, di gioie; R relazionerà tale vicenda solo in pochi minuti. Ora R trasmette queste emozioni attraverso ciò che il gruppo (G) e il leader osservano nel controtrasfert manifesto di R e, quindi, nel modo in cui egli comunica e usa anche il proprio corpo, per esempio, nel descrivere l’incontro con il suo paziente. Ecco che R comincia ad identificarsi con P ed esperisce, cioè rivive, *qui e ora* nel G, quella precisa vicenda; ora, è G che, trovandosi ad ascoltare la relazione, si impersonerà con lui, cioè con R, *hic et nunc*. In questo modo, però, G sarà anche P, perché valuterà la qualità della relazione tra R e P. Infatti, ciò che è accaduto *illic et tunc* tra R e P è quello che sta accadendo *hic et nunc* tra R e P nel G. In base a come è stata vissuta e sentita la qualità della relazione tra R e P avremo un tipo di relazione tra G ed R (Agresta e Ciritella 2004). È fondamentale, quindi, comprendere che tipo di rapporto si instaura nel GB. Rispetto a questo aspetto il GB è ricco di insidie e di facili risoluzioni e sono quindi visibili i suoi limiti quando la gestione del setting non è equilibrata e ben strutturata. In questo caso il leader ha delle grosse responsabilità: non dovrà trasformare il GB in un gruppo di terapia, tantomeno ricondurlo ad un gruppo di supervisione.

Possiamo ancora sottolineare che il relatore esperisce *tre rapporti* distinti ma allo stesso tempo compresenti e relati fra loro nel GB: *il rapporto con il paziente, il rapporto con il leader, il rapporto con il gruppo*. In questa ottica sistemica/dinamica e perciò complessa, il gruppo, inteso qui come spazio e come luogo, permette di conoscere fino in fondo la domanda offerta al relatore/operatore dal paziente attraverso il lavoro congiunto e di sintesi dei membri, del relatore stesso, coadiuvati dal leader, in relazione al rapporto (di cui sopra) delle dinamiche in atto *qui e ora*. Il fantasma e la malattia di quel paziente diventano i protagonisti attraverso l’analisi controtransferale manifesta del relatore. <<*Si tratta, a questo punto, di una situazione di formazione basata sull’esperienza professionale guidata, che comporta un grado di coinvolgimento pari a quello che ogni partecipante si sente di intraprendere e che ha come oggetto, attraverso l’esposizione del caso, la relazione tra paziente e operatore*>>. (Ancona 2004). Ognuna delle tipologie di rapporto compresenti nel GB comporta un cambiamento nella persona del relatore/operatore rispetto alla sua

relazione con il paziente. Facciamo un esempio. Ripropongo una relazione di un caso in un GB, a cui ho partecipato insieme con operatori socio-sanitari durante un GB annuale (Rotondo 2005). *Caso clinico di un giovane con rettocolite ulcerosa*. Il Relatore è una collega medico e psicoterapeuta, di anni 48, che espone il caso in prima persona.

*“Il caso discusso al GB riguarda un paziente che chiameremo Remo, ricontattato da me dopo un suo messaggio lasciato in segreteria telefonica, dove specificava che era ‘Il ragazzo del Dott. X...’ e chiedeva un appuntamento; poi lasciava il nome, cognome e un numero telefonico, come richiesto. Tra parentesi, voglio premettere che il Collega che me l’aveva inviato, e con cui lavoro spesso in collaborazione anche per altri casi, mi aveva chiesto la mia disponibilità per questo ‘caso grave’ e mi aveva chiarito alcuni punti per la situazione medica e psicologica del ragazzo, dal momento che veniva seguito dalla Clinica Ospedaliera locale. Il mio collega aveva avuto un primo colloquio col giovane. Come da mia prassi, richiamo e l’appuntamento è preso senza molte parole o spiegazioni. All’appuntamento viene con la madre, e io chiedo, prima di farli entrare nello studio, quindi nell’ingresso, se volevano entrare entrambi visto che aveva telefonato il ragazzo, ma era, comunque, accompagnato. La madre, molto accondiscendente, risponde che lei può andare via, che lo aspetta sotto e non vuole neanche rimanere in sala d’aspetto. Il ragazzo comunque aveva espresso la volontà di entrare da solo. La madre, prima di uscire, chiede al figlio se ricorda dove aveva parcheggiato la macchina. Remo è un po’ risentito e risponde: ‘Certo che lo ricordo!’. Dopo aver descritto il paziente fisicamente e in pochi minuti - rispetto ad altri casi, devo dire che prendo più tempo e sono abbastanza completa nella presentazione- mi accorgo che non ricordo nulla di lui. Praticamente so solo che Remo è confuso, che vorrebbe continuare gli studi all’Università (ha un diploma), che vuole lavorare e continuare il suo hobby che è il ballo moderno. E poi? Non ricordo più niente! Il gruppo mi pone diverse domande su di lui e io rispondo solo con brevi notazioni. Sembro bloccata e ogni tanto mi ricordo di un elemento del caso. Buio su tutto il resto, non ricordo la malattia, l’invio, niente. Cerco di ricordare cosa mi aveva detto lo psicoterapeuta/collega. Anche in questo caso trovo difficoltà a relazionare al gruppo. Il gruppo, di conseguenza, è meravigliato della mia empassa (non è mai accaduto, sono stata sempre ‘precisa’). Poi, pian piano un po’...di luce! Ho ricordato quasi di colpo. Un flash! Remo è venuto perché ha la rettocolite ulcerosa e, un suo parente - con la stessa malattia e che lo aveva anche consigliato per l’aspetto psicologico - ha risolto “proprio” con la psicoterapia. Remo, da parte sua, ha avuto ‘solo’ molti consigli da diversi medici, spesso molto discordanti! Che confusione ho pensato! Nel colloquio, comunque, ho avuto l’impressione che Remo fosse più ‘evoluto’ rispetto alle altre persone della sua famiglia, anche se lo conoscevo appena. Mi richiamerà, poi, per altri colloqui prima di decidere se iniziare la psicoterapia: ‘Mi voglio curare bene’ - così ha detto. Non so se è opportuno parlare di soluzione del caso, ma si è focalizzata dentro di me questa convinzione: io ho ‘SCISSO’ letteralmente la persona, la sua parte emotiva e la sua grave malattia psicosomatica. Ho ripetuto, nel GB, la sua dinamica. Scindere*

*per me vuol dire anche 'difendermi'? In fondo sono un medico e psicoterapeuta. Il gruppo mi ha indicato il problema: devo riunire le due parti, prima io, come medico e psicoterapeuta poi, stimolando Remo a parlare di ciò che vuole, della figura materna, del padre, della famiglia, ma anche del significato psicologico della malattia; poi, analizzare eventuali sogni (Remo mi ha detto che ricorda pochi sogni) che fanno da legame tra la mente e il corpo, specialmente in queste malattie. Il cambiamento che ho sentito dentro di me è stato quello di prendere coscienza che pur svolgendo, nella realtà, sia la professione medica in una Istituzione, sia la psicoterapia, privatamente, di fronte ad una malattia dove sono coinvolti la 'psiche' e il 'corpo' e dove la mia funzione era quella di 'sentire' profondamente l'unità mente - corpo che condivido a livello cosciente, nel caso specifico, l'avevo scissa e rimossa. Il GB mi ha permesso di 'ricordare' la 'storia' e mi sono sentita felice di aver ritrovato l'unità nella persona di Remo."*

Nel caso qui riportato, l'unità mente-corpo è ri-acquisita dall'operatore per mezzo del lavoro di gruppo. La malattia nella sua visione olistica/complessa è ri-unificata perché è ri-unificata la persona del paziente nella sua realtà/dimensione psicosomatica. In particolare, il cambiamento circoscritto del medico consiste in un allargamento del suo orizzonte, in un'analisi e diagnosi globale (*Gesamtdiagnose*) e in una maggiore schiettezza e sensibilità per i messaggi non verbali nel rapporto tra medico e paziente (Agresta 2005). Il gruppo vive questa dimensione attraverso ciò che si comunica a livello verbale e non, nello "*spazio del gruppo*", in questa dimensione dove la razionalità e l'irrazionalità si incontrano. Anche il leader, che deve immergersi/fondersi il più possibile con il gruppo, non interpreta in senso classico sebbene ha una formazione analitica, ma osserva e chiarisce l'atteggiamento del medico col suo paziente. È come un "Direttore" d'orchestra, per dirla alla Foulkes! Egli fa da collante, guida il gruppo nell'interpretazione e nel dar colore all'opera musicale ma, in fondo, coordina *solamente* l'orchestra e tutti i suoi elementi senza disgregare o disequilibrare l'armonia e la fluidità del pezzo nella sua totalità.

*<<Nella modificazione della personalità dell'operatore e, quindi, nella maggiore comprensione della malattia, il gruppo ha più importanza di ogni altro tipo di rapporto che si instaura nel GB. Il leader, in questo caso, è meno fondamentale. Nello stesso tempo, però, è necessario che il leader liberi gradualmente il gruppo in modo da permettergli di esprimere critiche in modo costruttivo-aggressivo. È importante che siano insieme essendo entrambi inutili un'aggressività pura ed una costruttività mite e zuccherata>>.* (Di Donato 2000).

Centrale - come Balint e i suoi allievi hanno sempre sottolineato - è la *risposta controtransferale* dell'operatore e non solo la sua capacità tecnica o la sua conoscenza scientifica riguardo alla sua specializzazione o terapia. Sappiamo che, in genere, i parametri della formazione rispecchiano i due canoni della medicina e della psicoanalisi: la cura e la conoscenza (Agresta 2003a). Con l'avvento delle scoperte di Freud, la psicoanalisi, nel corso del suo sviluppo, è andata oltre l'aspetto "curativo", e si è addentrata verso il campo della conoscenza della psiche umana, la conoscenza del funzionamento psichico dell'individuo (Gillieron 1994): la psicoanalisi ha dato la

possibilità di esplorare l'inconscio, studiare i meccanismi di difesa e l'interpretazione dei sogni, e così via. Balint, da medico e da psicoanalista, ha cavalcato queste due anime, ma sin dall'inizio dei suoi lavori e della sua pratica analitica di formatore, ha tracciato un'area intermedia – per riprendere un concetto caro a D. Winnicott – che è quella della formazione psicologica del medico e dell'operatore sanitario, il cui percorso formativo viene incanalato su una strada nuova, appunto quella della formazione alla relazione interpersonale. L'altro fine è quello di creare un'*alleanza terapeutica* che va al di là del tecnicismo più sofisticato e più ingegnoso. Nell'ambito clinico, sia nella psicoterapia sia nella consultazione medica e/o psicologica, il GB risulta essere un valido strumento di formazione che pone l'operatore a riflettere e a districarsi rispetto alla malattia, e nel labirinto dei messaggi verbali e non del paziente, in modo più preciso e più finalizzato. Balint, infatti, oltre la tecnica della *terapia attiva* ha introdotto due ulteriori elementi di conduzione/intervento: la tecnica del flash dove l'intento è di far sentire al paziente che “si è capito” (io so che tu sai che io so) e la terapia focale in cui si interpretano solo i sintomi, i sogni, i conflitti *attinenti* la richiesta terapeutica (Agresta e Ciritella 2004).

In questo modo, l'operatore formatosi alla relazione attraverso i GB acquisisce un'arma terapeutica in più (Trenkel 1974, 1995), saprà dosarsi molto più frequentemente di altri colleghi ma in modo più accorto e meno audacemente degli altri. Cercherà, infatti, di conoscere se stesso per meglio conoscere l'altro ed eviterà di creare quella confusione delle lingue che, nella relazione/comunicazione, non facilitano la comprensione della domanda e l'accoglienza/alleanza terapeutica con il paziente e la sua malattia.

Nel gruppo l'operatore avrà la possibilità di condividere ciò che sente e ciò che ha vissuto con quel paziente col suo proprio corpo che è lo stesso inserito nel “corpo – gruppo”. Il gruppo diventerà, così, il luogo e lo spazio più adatto sia per comprendere la malattia sia per evitarla (*burn –out*).

Un'analogia, così come sottolinea K. Rohr (2003), può essere quella delle persone danneggiate dal *burn –out*, con le vittime del traffico: *<<entrambe si sono fatte letteralmente investire, perché hanno prestato troppo poca attenzione a ciò che per loro è necessario ed essenziale: l'integrità corporea e psichica della loro umanità interiore ed esteriore. Non è per questo che vorremmo eliminare il traffico, spesso ci è indispensabile e ci aiuta (progresso tecnologico, ndr), ma vogliamo imparare a fare attenzione a noi stessi in questo traffico, per preservare la nostra umanità nella libertà di movimento interiore ed esteriore>>*.

La “malattia” dell'uomo che spesso è espressa attraverso “le membra del corpo”, viene ri-attualizzata attraverso l'esperienza viva del GB e nella relazione del *qui e ora* che ripropone, oggettivamente attraverso i “membri del gruppo” (il *corpo-gruppo*), il “fantasma concreto” di quel paziente e del suo corpo nel *lì e allora*.

## Bibliografia

- Agresta, D. (2005). Intervista a K. Rohr, Il valore formativo del gruppo Balint. *N. Prospettive in Psicologia*, XX, 2.
- Agresta ,D. e Ciritella, P. L. (2004). Intervista a R. Di Donato, La formazione in psicosomatica. *N. Prospettive in Psicologia*, XIX, 2.
- Agresta ,D. e Agresta, F. (2006). *Quotidianità del medico e dello psicologo attraverso i Gruppi Balint*. Atti Seminari della Società Ital. di Medicina Psicosomatica, Sezione Pescaresese, Pescara, Gennaio – Luglio 2006.
- Agresta, F. (2003). Intervista a M. Biondi, La Medicina psicosomatica oggi: ricerche e terapie appropriate. *N. Prospettive in Psicologia*, XI.
- Agresta ,F. (2003a). *I Gruppi Balint nella formazione dell'operatore sociosanitario*. In Ciritella P. (a cura di) Atti del Convegno Assir e N. Prospettive in Psicologia. Assir, Sez. Foggia, 27 Settembre.
- Ancona ,L. (a cura di) (2004). *Insegnanti e specialisti per la nuova scuola*. Milano. Franco Angeli.
- Balint ,M. (1957). *Medico, paziente, malattia*. Milano: Feltrinelli, 1961.
- Balint ,M. e Balint ,E. (1961). *Tecniche psicoterapiche in medicina*. Torino: Einaudi, 1971.
- Biondi, M. (2002). *Correlati biologici della psicoterapia*. Presentato al “Congresso Nazionale della Società italiana di Psicoterapie Brevi”, Clinica Psichiatrica dell'Università di Padova, Padova.
- Di Donato, R. (2000). La Formazione attraverso i Gruppi Balint. In *Appunti di lotta ignoranza*. Centro di Formazione Simp-Assir, Pescara.
- Gilliéron, E. (1994). *Il primo colloquio in psicoterapia*. Roma: Borla, 1995.
- Luban – Plozza ,B. et al. (2001). *Il Medico come Terapia. L'Alleanza Terapeutica*. Torino: Centro Scientifico Torinese.
- Minervino ,A. (1994). La somministrazione del farmaco e la somministrazione del medico. Quale relazione. *Psicoterapia & Psicosomatica*, 6, 1 / 2 / 3.
- Rohr, K. (2003). Pensieri sul burn – out. In A.A.V.V. *Sindrome del Burn – out, “Ammalarsi per curare”*. Atti del III Convegno Nazionale. *N. Prospettive in Psicologia. Supplemento culturale*, X, 3.
- Rotondo, A.M. (2005). *Caso clinico di un giovane con rettocolite ulcerosa*. Relazione sul caso (non pubblicato).
- Trenkel ,A. (1974). L'incontro medico – malato secondo Balint. In Luban – Plozza B. e Antonelli F. (a cura di) *Introduzione ai Gruppi Balint*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Trenkel ,A. (1995). ‘L'esprit Balint’ dans le changement de décor. *N. Prospettive in Psicologia*, XI, 1, 2003.
- Sapir, M. (1980). *Medico – paziente: un corpo a corpo*. Napoli:Liguori, 1984.

**Domenico Agresta**, Dottore in Psicologia Clinica e di Comunità (V.O.). Socio della Società Italiana di Medicina Psicosomatica (SIMP Pescaresese). Partecipa da cinque

anni, con diversi Leader, ai Corsi di Formazione al rapporto interpersonale secondo la tecnica dei Gruppi Balint della SIMP.