



- ◆ Trabajo realizado por la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

# UN ANNO DI ESPERIENZA AL FRONTE DI UN GRUPPO BALINT (1)

Por el Dr. AQUILINO M. POLAINO LORENTE

PROFESOR ENCARGADO DE LA CATEDRA DE PSICOLOGIA MEDICA  
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CORDOBA

Ancora sembra prematuro analizzare le conseguenze di questo primo anno di esperienza al fronte di un gruppo Balint, giacché uno dei principi della nostra ipotesi di lavoro fù di non svelare i risultati, per lo meno non prima di due anni di continuità con il gruppo.

L'inizio di questa esperienza é motivata da conversazioni individuali avute con colleghi di altre specialità cliniche a proposito di malati concrati che mi furono inviati. Non era infrequente il caso di malato problema, che altre a non far parte nemmeno della diagnosi di "malati funzionali", mi era mandato per vedere se esisteva la possibilità di aiutarlo in qualche modo.

La ripetizione della situazione, e le conversazioni personali rispetto a questa specie di "proletariato malato" che avevano già visitado tanti medici, senza incontrare la soluzione per il suo caso, fù ciò che mi invoglió ad organizzare questo gruppo Balint.

Fin dall'inizio é stato costituito da cinque medici internisti e un ginecologo.

La periodicità delle riunioni si ridussero a tre mensili. Il contenuto delle quali si diresse sempre a provare l'analisi perisistomático delle vivenze effettuate durante l'esercizio clinico di questi colleghi in quei casi difficili e considerati come "senza uscita terapeutica.

Durante la riunione di —un'ora a mezza di durata quasi sempre— si cercava pure una approssimazione ai motivi della malattia che condizionavano il paziente ad esprimere quel tipo particolare di comportamento.

Durante l'attuale corso, di dieci mesi di durata, abbiamo potuto abbracciare lo studio in profondità dei seguenti malati:

- un malato reumatico,
- un asmatico
- una colite ulcerosa

(1) Resumen-programa de la comunicación desarrollada en el Primer Encuentro Balint. Ascona (Suiza), 21-22 de julio de 1973.

— vari casi di malati di cancro innanzi al problema della loro malattia incurabile.

— un diabetico.

Tutti questi casi provenivano dalla clinica diari di colleghi nostri, a suscitavano opportunamente un gran peso di angustia — fenomeno comune a tutti loro — nei nostri compagni.

Alcuni di questi malati continuano ancora con la loro malattia ed il loro "caso" sta ancora aperto al commento del nostro gruppo, e quindi rinunciamo ad esporre qui la loro storia clinica, e così pure l'evoluzione della relazione medico-malato suscitata a partire dalle modificazioni affettuate dal gruppo nella personalità e nell'attitudine scientifica del medico che li cura.

Dobbiamo monostante premettere, che in alcuni di questi pazienti esisteva tutta una sovrastruttura neurotica, costruita chissà sulla loro malattia, che è con ogni probabilità, ciò che causò al principio l'ostruzione della relazione medico-malato, e così pure la sua rarefazione.

Per amore alla brevità della nostra comunicazione ci limiteremo ad annunciare in nuclei più essenziali sui quali basiamo la conversazione del gruppo. Conviene aggiungere, che l'autore di questo lavoro interveniva solamente a livello di gruppo alla fine di ogni sessione, quando gli sforzi analitici dei partecipanti erano già avvenuti nel loro affanno chiarificatore.

Simultaneamente, ha avuto conversazioni personali con ognuno dei partecipanti, in relazione con il caso presentato, o per dissolvere l'angustia che all'inizio era così obbediente a livello di gruppo, che quasi si dimostrava minacciosa per la sincerità e la costanza delle riunioni del gruppo.

Gli elementi fondamentali per lo studio analitico dei casi a livello della riu-

nioni di gruppo si condensano come segue:

1. Presentazione della storia clinica.
2. Studio della relazione medico-malato:
  - a) attitudini del medico verso il malato durante la prima consultazione.
  - b) attitudini del malato rispetto al medico durante il primo incontro.
  - c) definizione per l'uno e per l'altro della cause conducenti allo stabilimento della relazione.
  - d) accettazione della malattia del paziente da parte del medico.
  - e) accettazione (modo della) malattia da parte del paziente.
  - f) attitudine del paziente di fronte alla esplorazione fisica e psicologica.
  - g) attitudine del medico durante le stesse.
  - h) atteggiamento vitale del malato rispetto alla:
    - sua sofferenza
    - suo dolore
    - sua limitazione
    - suo timore
    - sua rinuncia di qualcuna delle sue libertà
    - sua colpa
    - suo orgoglio personale
    - sue relazioni sociali, famigliari e professionali.
3. Attitudini e atteggiamenti adottati dal medico di fronte a quelle del malato per aiutarlo. Analisi dei vari modelli di condotta medica che si consigliano nella riunione.
4. Analisi dei modelli di condotta dei famigliari del malato alla luce o dalla loro malattia.

5. Analisi della distribuzione fra necessità e soddisfazioni del medico e del paziente nello stabilimento iniziale della relazione.
6. La malattia come sostanza gratificante bipersonale nella relazione.
7. Norme o scaglionamento nella condotta del medico come educatore e "maturatore" del cliente:
  - nelle malattie acute
  - nelle malattie croniche
  - grado di esigenza educativa
  - impostazione (modo di) e risultati nella provocazione della crisi.
  - velocità e ritmo di progressione nella evoluzione della relazione.
  - tempo impiegato nelle interviste.
8. Analisi della collaborazione fra il malato e il medico.
9. Accettazione o rifiuto della diagnosi.
10. Prova di sistematizzazione di una scala di maturità del paziente di fronte alla malattia.
11. Note difinitrici delle frustrazioni e soddisfazione mutua, vissute bipersonalmente durante l'evoluzione della relazione medico-paziente.
12. Studio della personalità del paziente.
13. Dosatura e grado di compromesso del medico nella malattia del paziente.
14. Criteri per i quali è stato selezionato questo paziente per portarlo alla riunione Balint.
15. Conclusioni ottenute e cammino dell'evoluzione dalla applicazione di alcune delle possibilità suscitate durante l'ultima riunione del gruppo. Cambi che sono avvenuti nel comportamento del malato o del medico che in qualche modo abbiano la loro origine nella riunione del gruppo.

Le questioni fondamentali anteriormente esaminate, non cercano di essere affatto sistematiche. Perché la riunioni non hanno un carattere programmatico. Si effettuano in un ambiente di spontaneità e forse di sincerità (?). Tuttavia, tutte si riuniscono in forma non ordinata durante ogni riunione.

Un'altra questione che stiamo analizzando è l'evoluzione del proprio gruppo —tanto globalmente considerato come personalmente—, che allo inizio era di una problematicità enorme e che oggi scorre per un corso ben determinato, che pensiamo possa essere creatore e formatore del medico generale.

Lasciamo per una futura pubblicazione, l'analisi e le conclusioni —che secondo noi possiamo già anticipare che ci si manifestano come molto interessanti— alle quali giungiamo e in cui impegniamo il nostro tempo.