Milano, 1965, Museo della Scienza e della Tecnica.

IL LAVORO DI GRUPPO[10]

Michael Balint

Chiedo scusa perché avrei dovuto parlare in italiano ma purtroppo, mi dispiace, non l'ho imparato abbastanza: parlo inglese e spero che loro possano sopportare il mio inglese. Devo anche chiedere scusa per il fatto che improvviserò la mia conferenza; ho commesso il peccato imperdonabile di averla preparata prima, ciò che non faccio quasi mai e purtroppo ho dovuto metterla da parte perché ho imparato tanto questa mattina che credo dovrò fare un'altra conferenza per cercare di arrivare al livello delle loro aspettative.

---

[10] Relazione tenuta nell'ottobre 1965 a Milano, Museo della Scienza e della Tecnica, su invito del Gruppo Milanese per lo sviluppo della psicoterapia.

Noi discutiamo oggi il tipo di formazione necessaria per gli psichiatri, e la mia esperienza in questo campo è piuttosto mista. Non ho molta esperienza diretta nella formazione degli psichiatri, come dirò più tardi: le mie esperienze riguardano soltanto la formazione di qualcosa che si avvicina allo psichiatria.
Negli ultimi 40 anni mi sono occupato della formazione degli psicoanalisti: alcune persone pensano che questa formazione sia troppo specializzata, troppo rigorosa, e che quindi non si possa applicare alla formazione degli psichiatri: e d'altra parte ho molta esperienza nella formazione dei medici generici e loro immagineranno che questa formazione è troppo generale, troppo superficiale, non abbastanza specifica da poterla applicare alla psichiatria.

Ora arrivo alla mia relazione vera e propria. La questione è: che cosa è la psichiatria? (*vedi anche la medicina?*) E quale genere di formazione è necessaria per aiutare le persone a diventare quel tipo di **persone**[11] che noi vorremmo fossero o pensiamo dovrebbero essere gli psichiatri? (*nuovi medici generici?)*
Evidentemente gli psichiatri hanno una funzione molto importante perché devono, specialmente dopo l'ultima guerra mondiale, occuparsi di persone le quali sono ricoverate in ospedale perché non sono in grado, per brevi o lunghi periodi, di vivere nella collettività. Questo è un compito terapeutico molto difficile e solo lo psichiatra può eseguirlo.
Ora io non so nulla su questo tipo di formazione psichiatrica, non sono mai stato in un ospedale psichiatrico, ma direi che la psichiatria, nelle ultime due o tre decadi, ha subito una rivoluzione fondamentale: questo in parte a causa dei nuovi metodi, e soprattutto dei nuovi farmaci che hanno permesso agli ospedali psichiatrici di aprire le loro porte.
In Inghilterra ora non vi è quasi più un solo ospedale psichiatrico con porte chiuse; là dove vi è un reparto chiuso, le porte chiuse sono poche e i dirigenti ne hanno un po' vergogna; la maggior parte degli ospedali psichiatrici ha le porte interamente aperte ed i pazienti possono muoversi liberamente.
Quelli che vengono rimandati a vivere nelle loro comunità pongono molti problemi che devono essere affrontati dallo psichiatra. Inoltre i nuovi metodi di cura hanno cambiato l'atteggiamento dello psichiatra verso il suo compito; vi sono i metodi di gruppo che permettono ai pazienti di prender parte al trattamento e di non diventare o rimanere oggetti passivi della cura; questo pone lo psichiatra in una situazione completamente nuova alla quale egli non era stato preparato. Questo è quanto è successo; lo psichiatra, oggigiorno, volente o nolente, deve stabilire un rapporto personale e terapeutico col proprio paziente.

Ora fermiamoci qui: ritornerò su questo punto; ma prima devo parlare della medicina generale. Abbiamo imparato in questo setttore che una grandissima parte dei pazienti che vanno dal medico apparentemente per un aiuto chirurgico o medico non soffre **di** una malattia medica o chirurgica o quantomeno non soffre fondamentalmente di una tale malattia, ma di qualcos'altro: quello di cui hanno bisogno è la comprensione umana, e un rapporto terapeutico.
La stessa cosa avviene per lo psichiatra; i medici non sono preparati per questo, non sono formati né addestrati.

---

[11] Le sottolineature e lo stile in grassetto o corsivo sono aggiunte personali che mi sono permesso. *Augusto Ferrari.*

La proporzione di pazienti che hanno bisogno non di cure chirurgiche o mediche, ma di qualcos'altro, è difficile da valutare per via delle incertezze della classificazione. Per illustrare queste difficoltà, vorrei menzionare alcuni esempi. Il fatto che un paziente abbia dei dolori precordiali e un po' di dispnea, della cefalea, dei dolori gastrici, indica che questi segni sono precursori di malattie organiche serie anche se l'esame più completo non riesce a scoprire delle alterazioni organiche. Ecco perché noi non possiamo stabilire delle percentuali esatte; le statistiche di morbilità sono così poco attendibili che dicono molto di più sul medico che non sui pazienti per i quali esse sono state fatte.
Dunque, anche se si accetta una valutazione prudente, circa il 30-40% di tutti i casi che vanno dal medico per una ragione o l'altra, avrebbe bisogno di questo rapporto umano, di questo lavoro psicoterapeutico.
Ora, se noi confrontiamo questa esigenza con l'addestramento attuale, vediamo come nella formazione degli studenti in medicina, parlo solo dell'Inghilterra ma non vi è alcuna differenza nelle isole del Regno Unito, nessuno esige un corso obbligatorio di psicoterapia per gli studenti. Vi sono alcuni ospedali, non molti, che offrono dei corsi facoltativi, dove cioè gli studenti possono scegliere o non scegliere questi corsi e dove vengono sottoposti ad esami; solo il 10-15% degli studenti si interessano a questi corsi. Questo significa che il dottore, il medico futuro, attualmente non è addestrato, non è preparato a trattare con quei pazienti che formeranno poi il 30-40% della sua clientela. Se questo fosse avvenuto in un'altra branca della medicina vi sarebbe stato un grande clamore, una grande indignazione, ma dato che si tratta soltanto di rapporti umani, di comprensione umana, non vi è stato nessuno scandalo.
(è valido anche oggi, nel 2010 !)
Ora, ritornando al campo psichiatrico, quello che abbiamo sentito oggi da due delle scuole di pedagogia psichiatrica fra le più progredite, è più o meno la stessa cosa.
Abbiamo sentito parlare di piani eccellenti riguardanti conferenze, seminari, medicina sociale, psicodinamica, sviluppo della personalità umana e qualche cosa ancora, ma abbiamo sentito parlare pochissimo del tipo di rapporto umano terapeutico di cui ha bisogno lo psichiatra (*e il medico generico*).
Credo che siano stati il dottor Cremerius ed il professor Miller che hanno parlato di informazione. Informazione è una buona cosa purché il medico abbia bisogno di essere informato su un dato concreto di conoscenza che non ha ancora acquisito; ed in questo caso l'informazione, sotto forma di seminari od altro, permetterà di acquisire quella cognizione e di aumentare le sue conoscenze.

Ma se si tratta di una nuova abilità della quale non conosceva l'esistenza o attorno alla quale aveva delle idee molto vaghe, allora questo metodo tradizionale di conferenze e di illustrazioni non sarà molto utile. Una ragione di incertezza, e questo è stato detto molto chiaramente nelle due relazioni che loro hanno ascoltato stamattina, è che non si sa esattamente quale metodo potrebbe aiutare a formare i medici psichiatri del futuro. Il metodo della formazione psicoanalitica è ben conosciuto, ma molto rigoroso, molto difficile ed anche costoso; un altro metodo non esiste, all'infuori di tentativi vaghi d'insegnare qualcosa.
Un metodo che è stato elaborato da noi a Londra contribuisce molto per riempire questa lacuna; non richiede molto tempo; può essere effettuato in un periodo di tempo analogo a quello che lo studente deve consacrare allo studio di qualsiasi specializzazione: richiede due ore circa la settimana per ogni studente. E' vero che questo seminario di due ore deve continuare per 2-3 anni ma, come hanno detto

alcuni oratori oggi, questo è il tempo più o meno necessario perché un medico impari qualsiasi branca specializzata della medicina. Il metodo stesso si basa sull'attività di gruppo; il numero degli allievi che possono far parte di un gruppo varia all'incirca da sei a dodici; la cifra ottimale sarebbe di otto-nove persone perché così tutti i partecipanti avrebbero veramente la possibilità di contribuire alla discussione.
L'aspetto più importante di questo metodo basato sul seminario è quello di essere aperto a tutti. Gli allievi possono rimanere quanto vogliono perché abbiamo imparato che alcuni allievi crescono molto in fretta, altri più lentamente per cui è inutile avere un programma preciso, organizzato formalmente in modo rigido, perché se no alcuni andranno avanti altri rimarranno indietro.
Gli allievi parlano dei casi che stanno trattando: questa è veramente una **condizione importante** per il successo del seminario: cioè ogni partecipante deve essere sempre sotto la pressione della **responsabilità terapeutica** verso i propri pazienti. L'altra condizione importante è che il *leader* del seminario deve essere stato **formato** e addestrato per questa tecnica se no non riuscirà a dirigere il gruppo.

Per illustrarvi quali sono le nostre idee vorrei ora parlarvi del metodo che oggi si chiama scientifico. Che cosa significa? Significa che il metodo è analitico, si concentra su funzioni parziali del corpo o degli organi del corpo. La prima fase, in qualsiasi diagnosi, consiste nel localizzare, cioè nel concepire i sintomi e le manifestazioni del malato come derivanti da una parte del corpo o da una funzione particolare del corpo. In seguito bisogna esaminare quella funzione o quella parte del corpo per cercare di capire in che modo la malattia ha trasformato la parte o la funzione, cioè l'anatomia e la fisiologia di quella parte; in terzo luogo bisogna identificare la causa che ha provocato questa modifica. Dopo avere seguito queste tre fasi in modo corretto, bisogna poi trovare un sistema per riportare queste alterazioni ad uno stato normale, per ristabilire cioè la normalità là dove vi erano modifiche patologiche. Se non si può ristabilire la normalità, si cercherà di compensare la funzione; ad esempio se il pancreas non può secernere insulina, si compenserà questa carenza iniettando insulina. Questo metodo è stato introdotto in Italia nel XVII e XVIII secolo ed ha prodotto successi notevoli nel campo della medicina. Ma dobbiamo aggiungere - ed è molto importante aggiungerlo - che questo avviene solo nei casi in cui il malato ha una malattia che si può chiamare di tipo A.
In questa malattia il successo del metodo è veramente spettacoloso. Ma **cosa** succede per molte persone che si rivolgono al medico senza che questi possa trovare una condizione localizzabile? Questi ammalati non "hanno" una malattia, ma "sono" ammalati essi stessi. Noi chiamiamo questi ammalati, malati di tipo B.
Siccome la maggior parte dei casi è rappresentata da casi misti, la maggior parte delle persone che si rivolgono al medico presenta delle condizioni di malattia di tipo A e B mescolate. Noi abbiamo sperimentato questi concetti negli ultimi anni. facendo una distinzione fra la diagnosi tradizionale e la diagnosi globale.

La diagnosi tradizionale è quella che s'insegna all'università e che si deve cercare di stabilire in tutti i casi possibili, mentre la diagnosi globale cerca di andare oltre la diagnosi tradizionale, onde poter stabilire quel tipo di rapporto umano che è necessario al paziente e potrà aiutarlo a guarire o a condurre almeno una vita accettabile. Posso illustrare questi concetti riportando un caso discusso recentemente in uno dei nostri seminari.

Si trattava di un seminario piuttosto avanzato al quale partecipavano diversi medici generici. Uno di questi presentò il caso di una paziente che aveva in cura da più di due anni. Si trattava di una giovane donna di 23 anni: era una *entraineuse* ed ex prostituta a tempo perso. Questa donna viveva a Londra con un giamaicano, un giovane nero che non voleva sposarla. La ragazza era piuttosto innamorata ed al momento in cui il medico l'aveva presa **in** cura era incinta di cinque mesi. Recentemente era andata dal medico con il viso in un brutto stato: si trattava di un'acne che era stata piuttosto maltrattata. La diagnosi tradizionale fu: «Dermatite artefacta sovrapposta ad acne leggera, depressione reattiva cronica in una personalità amorale e forse psicopatica».
La diagnosi globale fu: «Depressione reattiva cronica, dovuta ad una precoce carenza di affetto paterno e materno e all'assenza di un ambiente familiare normale, sviluppo successivo di una personalità amorale, con sintomi ricorrenti riferiti alla regione genitale in connessione con la sua professione: inizio più recente dell'abitudine di tormentarsi il mento interessato da un'acne leggera, con conseguenti lesioni a tipo di dermatite artefacta».
La ragazza aveva molta paura di avere una malattia venerea, il che naturalmente sarebbe stato un grosso guaio per la sua professione. Era figlia illegittima, non aveva mai conosciuto suo padre e aveva visto sua madre soltanto qualche volta, perché era stata educata in un istituto per orfani: era stata dunque una bambina con forti carenze di amore materno.
Il medico doveva dichiarare in modo esplicito che cosa aveva intenzione di fare.
Le decisioni terapeutiche prese sulla base della diagnosi tradizionale furono: «Crema antibiotica localmente per la faccia e raggi ultravioletti; dieci milligrammi di Librium due volte al giorno». Questo è tutto quello che avrebbe fatto uno psichiatra: vediamo ora qual è stata la decisione terapeutica sulla base della diagnosi globale.
Il dottore pensava che avrebbe dovuto discutere con questa ragazza il tipo di vita che conduceva ed il modo con cui si guadagnava la vita; la ragazza però lo respinse. Questo gli apparve piuttosto inquietante perché si rese conto che in tal modo non avrebbe potuto far niente per la bambina di 5 mesi, la quale correva il pericolo di svilupparsi entro le stesse linee evolutive di sua madre.
Il dottore doveva decidere quello che avrebbe fatto subito, e poi il piano terapeutico a lunga scadenza.
La decisione terapeutica fu di trattare l'acne e la dermatite da un lato, di prescrivere del *Librium* e poi di aiutarla per la sua solitudine e per la depressione di cui essa soffriva da quando il giamaicano l'aveva lasciata, infatti da quando questi l'aveva lasciata, era sola a casa e tollerava molto male questa solitudine.
La decisione terapeutica a lunga scadenza fu: sostenerla per quanto possibile, trattare la bambina con amore materno e affetto, favorire una sistemazione precoce della bambina in un nido nella speranza che la ragazza potesse intanto trovare un lavoro adatto a lei durante il giorno (benché non fosse molto ottimista al riguardo), oppure indirizzarla verso la psicoterapia (ma anche su questo punto non era molto ottimista).
Le previsioni del dottore, a breve termine, furono: « probabilmente non riuscirà a venire al prossimo appuntamento, ma spero ancora di tenerla d'occhio quando verrà con la bambina, cosa che prima o poi farà; se l'acne peggiora, verrà più presto e probabilmente andrà in ospedale dove riceverà una cura per la dermatite.»
Le previsioni a lungo termine furono: « probabilmente ritornerà al suo antico mestiere di prostituta e probabilmente avrà ancora sintomi vaginali. Se prenderà regolarmente delle pillole antifecondative potrà evitare altre gravidanze, ma non ho

molta speranza a questo riguardo; potrebbe anche incontrare qualcuno al suo Club che la sposi, ma non mi faccio troppe illusioni perché ha un aspetto poco attraente e non credo che abbia molte probabilità di trovare un uomo ricco che la sposi. »

Penso che tutti voi sarete stati colpiti dalla validità di questa prescrizione. Si deve ammettere che un certo numero di referti che noi diamo ai medici generici quando ci chiedono una consultazione assomiglia più o meno a questo. Detto ciò, devo proseguire dicendo che il seminario non fu affatto soddisfatto da questa diagnosi.

Al medico venne detto che la sua diagnosi globale era soltanto un rifacimento della diagnosi tradizionale senza alcun elemento nuovo. Perciò eravamo giunti a previsioni disfattiste e pessimistiche. Venimmo poi a sapere che era vero che la donna non veniva regolarmente agli appuntamenti ma anche che, e questo è un punto importante, gli appuntamenti venivano sempre fissati dal dottore; la donna invece si faceva vedere sempre in momenti impossibili (ad esempio quando il medico era occupato nel reparto chirurgico); essa gli chiedeva qualcosa, il medico le dava quello che voleva e le diceva:

«Però torni, per favore, perché voglio avere un colloquio più lungo con lei»: la donna invece scompariva. Il dottore scoprì che la donna scompariva ogni volta che egli, con bontà d'animo, le consigliava di abbandonare il suo tipo di vita amorale per ritornare su un tipo di vita rispettabile. Venimmo a sapere anche che la donna era una mamma molto coscienziosa e che portava la bambina per tutte le vaccinazioni necessarie in ospedale, ma essa aveva un modo molto bizzarro di tenere la bambina: la portava staccata dal suo corpo, lontana da sé. Quando un'infermiera le mostrò come cullare la bambina, come tenerla a contatto del suo corpo, essa si rifiutò di farlo.

Mettendo insieme tutti questi elementi, il seminario giunse ad una diagnosi globale diversa basata soprattutto sui quattro punti seguenti:

- la paziente dimostrava un bisogno molto intenso di auto-punizione; il continuo tormentarsi il viso fino a prodursi una dermatite non era certo la cosa migliore per la sua professione: nessun uomo sceglie una donna che ha il viso pieno di acne.
- in secondo luogo, ogni volta che il dottore voleva darle qualche cosa, essa lo respingeva.
- terzo, la paziente costringeva il medico a trattarla in modo brusco e a considerarla una cattiva donna, lo costringeva a punirla.
- quarto, essa non riusciva ad avere un contatto stretto con nessuno, doveva tenere tutti lontani da sé; questo era vero per la bambina che non riusciva a tenere stretta vicino al suo corpo, era vero nei riguardi del suo medico che essa respingeva sempre e probabilmente era vero anche nei riguardi del suo amante giamaicano che era fuggito da casa. Era convinta di essere una cattiva madre, una cattiva donna, inadeguata da tutti i punti di vista e per questo doveva proteggere tutti coloro che si avvicinavano a lei dalla pessima influenza che avrebbe potuto esercitare su di loro.
- ultima osservazione: ogni volta che riusciva ad ottenere immediatamente quello che desiderava, sviluppava una specie di reazione che la costringeva ad agire in modo molto stupido e contrario ai propri interessi. Quando le veniva chiesto perché lo faceva, dava spiegazioni assurde e illogiche che non erano evidentemente altro che una difesa. Per queste ragioni il caso era apparso senza speranza.

Bisogna però rendersi conto del fatto che, in fondo, tutto avviene per interazione fra dottore e malato; uno dei due deve riuscire ad uscire da questa interazione se si vuole porre termine al conflitto ed iniziare un nuovo rapporto. Ammesso questo, si capisce come la diagnosi globale porta automaticamente ad una proposta terapeutica di un altro tipo. Il dottore non deve attendersi nulla da questa donna; quando essa viene, bisogna che la veda, senza darle altri appuntamenti per colloqui lunghi; i colloqui lunghi sono insopportabili per lei.
Il dottore deve cogliere ogni piccola occasione offertagli dalla donna per fare qualcosa, magari una cosa piccolissima per un periodo brevissimo perché la sua tolleranza è molto bassa, semplicemente per dimostrarle che la capisce, che sente, come lei, quanto è difficile essere una buona madre, quanto è difficile aver fiducia negli altri; basta per questo una sola frase, bastano anche poche parole; bisogna darle la sensazione di fare come essa desidera.
Se il medico riuscirà ad agire così, la ragazza svilupperà un atteggiamento diverso verso se stessa: si sentirà una cattiva donna con meno disperazione e molto probabilmente aumenterà la sua tolleranza delle frustrazioni. Avevamo anche previsto che il tempo necessario per questo sarebbe stato di due o tre anni. Molto probabilmente la ragazza avrebbe portato la bambina, ma non avrebbe chiesto consigli per se stessa.
Come vedete si tratta dunque di una conclusione completamente diversa. Bisogna sottolineare ancora che il medico aveva cercato di essere molto buono e comprensivo con questa malata secondo le sue convinzioni. Non dimenticate che questa ragazza era stata la sua paziente per due anni e che essa l'aveva respinto senza alcuna considerazione; ma ogni volta egli non si era perso d'animo. Quanti di noi psichiatri, in fondo, avrebbero sopportato una situazione di questo genere? Quanti di noi avrebbero detto a se stessi ed anche alla ragazza che non c'è niente da fare? Ma ciò che vorrei dire è che, benché l'amore sia molto importante per questa donna, non è l'amore in generale che si può dare in grande quantità che possa servire, ma l'amore sotto forma speciale e con una dose speciale e dato soltanto in alcuni momenti particolari, cioè quando il paziente lo richiede. Questo, credo, è quello che il dottore e la maggior parte degli psichiatri non avevano capito.
Ora posso anche aggiungere che questa racconto fu fatto circa due mesi fa, e che questa donna non è tornata, non si è fatta vedere nello studio del dottore; quindi le nostre previsioni sono più o meno giuste ma siamo certi che prima o poi la donna si farà vedere di nuovo.
Cosa significa questo per il dottore? Significa che deve rendersi conto del fatto - e questo forse è l'aspetto più importante del nostro seminario - che il suo comportamento, impeccabile dal punto di vista professionale, non era buono dal punto di vista terapeutico.
Ed è molto amaro rendersi conto di un fatto di questo genere per qualsiasi persona fra di noi; **ma bisogna rendersene conto** altrimenti le nuove tecniche, sulle quali si basa la nostra formazione, non si svilupperanno. Questo dottore aveva una convinzione molto forte della bontà del suo metodo e della funzione apostolica che predicava continuamente.
Questa relazione, e la relazione del seminario che ne seguì, furono un tale trauma per lui che per due o tre settimane non venne al seminario. Il trauma però ebbe un effetto positivo, perché da allora cominciò a capire che ciò che lui riteneva buono non lo era, perché non poteva essere utile in quel caso particolare; capì che doveva diventare una **persona più flessibile** per riuscire veramente ad aiutare le persone che finora non era riuscito ad aiutare.

Ecco quel che può fare il nostro metodo: può dare la possibilità alle persone di considerare se stesse ed i propri metodi in un modo diverso e può dar loro la possibilità di sviluppare nuove tecniche per sostituire quelle, fra le loro tecniche che non sono sempre terapeutiche.
Come si fa? Non facciamo mai dei riferimenti personali, naturalmente, perché questo farebbe male e basta: nessuno riuscirebbe a sopportare una critica personale, ma noi lasciamo che il **materiale**, la **relazione** parlino da sé; noi ascoltiamo il racconto del dottore e poi discutiamo l'atteggiamento e l'orientamento terapeutico e facciamo previsioni diverse. In seguito, il comportamento del paziente dimostrerà chi aveva ragione e chi aveva torto; allora il medico da solo cercherà di cambiare, se è capace di tale cambiamento.
Non voglio parlare molto a lungo e vorrei quindi eliminare tutto il resto che volevo dire, perché in fondo questa è la parte più importante, (cioè quella che noi proponiamo al medico) che il medico possa mettersi di fronte non solo alle sue intenzioni, ma **anche ai difetti** creati dalle sue intenzioni, e di metterli a confronto con le previsioni dei suoi colleghi.
Vorrei anche dire che non sono io, l'animatore, quello che prevede e che critica il medico, ma sono i suoi stessi colleghi del seminario che lo fanno. Questa è forse la parte più essenziale del seminario; egli **può confrontarsi con i colleghi** sul conto dei quali ha imparato molto nel corso del seminario, sa che sono persone coscienziose e ragionevoli; il fatto che i suoi colleghi possono pensare in modo diverso da lui. gli permette di imparare non da un superiore, ma dai suoi propri pari, a fare qualche cosa di diverso.
Quanto tempo è necessario per questo? Non si può fare in fretta, non si può prevedere esattamente; certe persone fanno in fretta, altre persone hanno bisogno di molto tempo. Certo che il medico al quale si riferisce il caso ora descritto (il fatto è avvenuto due mesi fa) non si è ancora riavuto dal colpo e ci vorrà molto tempo prima che riesca a presentare un altro caso che lo esporrà ad un altro trauma; se noi affrettassimo la cosa, egli non riuscirebbe a sopportare questo trattamento e lascerebbe il seminario.
Questo è quello che deve imparare l'animatore del seminario. Deve saper riconoscere la rapidità di sviluppo di ogni partecipante e condurre l'intero seminario in modo che ogni partecipante trovi la velocità giusta per lui. Sembra una cosa impossibile ma può essere fatta.
Ora torniamo a noi psichiatri (*a noi medici*). Quale è stato veramente il compito che è stato intrapreso nel caso descritto? A quale parte della medicina appartiene veramente? Si tratta di medicina generale? Questo caso di una prostituta che ha una bambina illegittima. E' psichiatria, è medicina sociale? Stamattina qualcuno ha parlato del Vangelo.
Se guardiamo a ciò che succede a quasi tutti i pazienti curati da psichiatri, almeno nell'80% dei casi possiamo dire che questa ragazza sarebbe stata curata con dei tranquillanti o forse con qualche altro farmaco, poi le sarebbe stato detto di andar via e di non tornare più. Il risultato sarebbe stato facilmente prevedibile: essa non avrebbe mai preso quei tarmaci. Quindi qualsiasi cosa le avesse dato il medico, anche se avesse avuto un possibile effetto terapeutico, del che ho qualche dubbio, la paziente non ne avrebbe ricavato alcun beneficio perché non avrebbe preso regolarmente il farmaco, quindi vi sarebbe stato un insuccesso e il caso sarebbe stato piuttosto tragico. Anche adesso non vi è molta speranza per lei, ma un po' ce n'è perché speriamo che si possa sviluppare un rapporto terapeutico fra lei e il medico: forse fra poco, lo speriamo, essa riuscirà a sopportare il medico e non dovrà respingerlo.

Come posiamo chiamare questo tipo di terapia? Io credo che non abbia un nome: non è psicoanalisi, non è psichiatria. E' psicoterapia? Non lo so; ma questo è il tipo di terapia che io credo che i medici generici, così come gli specialisti e gli psichiatri, dovrebbero imparare e dovrebbero mettere in pratica, perché senza questa terapia un certo numero di persone sarà impossibilitata a ricevere aiuto. E credo che fra tutti i metodi di cui hanno sentito parlare oggi, questo che abbiamo elaborato a Londra è quello che forse aiuterà meglio a svolgere una missione adatta a lui.

M. Balint

Dibattito

Un parteciptante: Vorrei chiedere al dottor Balint questo: probabilmente non è solo il dottor Balint che conduce questa attività di formazione dei medici e degli psichiatri; probabilmente ci sono altri psichiatri o medici che hanno seguito un training per poter a loro volta essere dei *leaders* di questi gruppi di formazione per i medici o gli psichiatri. Io vorrei chiedere al dottor Balint se ha messo a punto un metodo particolare per la formazione di questi *leaders* dei gruppi, ed eventualmente le esperienze che sono state fatte in questo campo ed i requisiti che si richiedono per queste persone. Per esempio se si richiede un'analisi personale, se si richiede un particolare tipo di training a livello di gruppo e via di questo passo.

Michael Balint

Questo e molto importante, grazie. Non abbiamo trovato ancora una risposta. Abbiamo fatto esperimenti per quindici anni ma non sappiamo ancora. Abbiamo provato con un certo numero di psicoanalisti che sono anche psichiatri ed abbiamo pensato che sarebbe stato ottimo materiale da formare, da addestrare, ma per quasi la metà fu assolutamente inutile: abbandonavano il metodo perche non lo trovavano abbastanza interessante e lo consideravano una perdita di tempo inutile. Vorrei aggiungere che alcuni di questi avevano avuto molta esperienza e l'addestramento specifico nella terapia di gruppo. Nelle nostre tre *equipes,* formale da psichiatri, psicoanalisti e terapeuti di gruppo, la presenza di queste tre condizioni si dimostrò per alcuni inutile. Dunque non sappiamo quale può essere il requisito principale. Oggi di solito noi facciamo questa formazione quando hanno già avuto una certa esperienza di psicoanalisi, di psichiatria o di terapia di gruppo; allora chiediamo loro di venire a partecipare a vari gruppi: di solito trascorrono almeno sei mesi in un gruppo. Questo è il minimo di formazione necessaria. Come vi ho già detto, circa la metà scompare ad un certo punto ed anche l'altra metà, quando inizia il primo gruppo, perde la metà del gruppo. Apparentemente fare il *leader* per la direzione di un gruppo di medici in questo campo è tutt'altro che facile e devo aggiungere che quando è incominciato era ancora peggio perché perdevo il 60-70% dei partecipanti. Adesso le cifre sono migliori e non perdo più del 10% in un anno, ma naturalmente ci sono voluti anni per imparare.

Aldo Selvini: Il dottor Balint ci ha detto che bastano per un internista circa tré anni di frequenza in un gruppo da lui diretto per avere un discreto addestramento ai problemi psicologici. Io vorrei chiedergli: qual è il destino ulteriore d'un internista, d'un medico generico che abbia seguito questo training? Può costui continuare la sua attività senza l'appoggio di un gruppo? E' lecito prevedere invece che anche dopo due o tre anni di addestramento dovrà, per tutto il resto della sua vita, rimanere agganciato ad un gruppo che lo sosterrà e lo guiderà ancora nella sua attività ulteriore? Ed in particolare vorrei chiedere al dott. Balint, che in questo campo ha acquisito ormai un'esperienza di parecchi anni, quale è stato il destino ulteriore,