



Modelli generativi transdisciplinari in pedagogia medica:
educazione alla salute e prevenzione dello stress
nelle professioni di cura.
Aspetti neuroscientifici e clinico-esistenziali

Transdisciplinary generative models in medical pedagogy: health
education and stress
prevention in the care professions.
Neuroscientific and clinical-existential aspects

Chiara D'Alessio

Università di Salerno – chdalessio@unisa.it

ABSTRACT

The work, starting from a multidimensional model of health, is placed in the context of medical and clinical pedagogy, which investigates the relationship between mind and body both in the caregiver and in the patient, highlighting the importance of the contribution of multiple disciplines to theory and pedagogical practices in this sector. The goal is the construction of generative transdisciplinary training models that help to tackle the most critical elements in the care professions (in particular stress), highlighting both the biopsychosocial correlates and the protective elements. Finally, what can be defined as a humanistic interpretation of the experience of illness is considered, as a possible horizon of meaning in the context of a broader existential meaning of suffering.

Il lavoro, partendo da un modello multidimensionale di salute, si colloca nell'ambito della pedagogia medica e clinica, che indaga la relazione tra mente e corpo sia nel curante che nel paziente, evidenziando l'importanza dell'apporto di più discipline alla teoria ed alle pratiche pedagogiche in tale settore. L'obiettivo è la costruzione di modelli transdisciplinari generativi formativi che contribuiscano a fronteggiare gli elementi di maggiore criticità nelle professioni di cura (in particolare lo stress), mettendone in evidenza sia i correlati biopsicosociali che gli elementi protettivi. Viene infine considerata ciò che si può definire un'interpretazione umanistica dell'esperienza di malattia, come possibile orizzonte di senso nel quadro di un più ampio significato esistenziale della sofferenza.

KEYWORDS

Clinical and medical pedagogy, neurosciences, stress, existential meaning of suffering.

Parole chiave: Pedagogia clinica e medica, neuroscienze, stress, senso esistenziale della malattia.

1. Definire la salute

L'OMS definisce la salute come "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non solo assenza di malattia". In realtà la salute non è uno stato ma un processo dinamico che comporta il raggiungimento di equilibri progressivi per cui un 'soggetto, inserito in un determinato contesto culturale e sociale, ha le capacità di realizzare i propri rapporti e progetti vitali.

Il concetto di salute è inoltre oggi legato ad una visione unitaria, socioculturale e di genere, dei dati relativi allo stato di salute e malattia del singolo individuo. Le dimensioni in essa comprese fanno riferimento anche alla necessità di stabilire una comunicazione chiara ed umana con il paziente e con i familiari, nonché la collaborazione tra le diverse figure professionali nelle attività sanitarie di gruppo, allo scopo di sviluppare un approccio fortemente integrato al paziente, valutandone criticamente non solo aspetti clinici ma anche relazionali, educativi, etici e sociali coinvolti nella prevenzione, diagnosi e trattamento della malattia, nonché nella riabilitazione e nel recupero del più alto grado di benessere psicofisico possibile.

Ciò è possibile solo quando, nella consapevolezza dei valori propri e altrui ed in base alla conoscenza dei principi su cui si fonda l'analisi del comportamento e delle sue principali alterazioni all'interno dei diversi vissuti soggettivi, si riescono ad individuare indirizzi educativi preventivi e riabilitativi. Questo comporta un'esperienza nel campo della relazione medico-paziente basata sulla cura della qualità delle pratiche comunicative tra pazienti, famiglie e operatori sanitari all'interno dei contesti, che si traduca in capacità di utilizzare in modo appropriato le metodologie orientate all'informazione ed educazione sanitaria.

La capacità di integrare in una valutazione globale ed unitaria dello stato complessivo di salute del singolo individuo sintomi, segni ed alterazioni strutturali e funzionali aggregandoli sotto il profilo preventivo, diagnostico, terapeutico e riabilitativo passa attraverso l'abilità e la sensibilità nell'inserire le problematiche specialistiche in una visione più ampia dello stato di salute generale di una persona e delle sue esigenze di benessere e la conoscenza dei concetti fondamentali delle scienze umane per quanto concerne l'evoluzione storica dei valori della salute, compresi quelli etici.

2. Tra mente e corpo: studi psicoendocrinoimmunologici sullo stress

Nonostante i progressi della medicina, si registrano ancora numerosi segnali di malessere per le condizioni psicologiche e la qualità delle relazioni nelle strutture sanitarie.

I problemi maggiormente riscontrati sono: carenza di comunicazione, ambienti poco accoglienti e disponibili, medicina altamente tecnologica ma scarsamente empatica nei confronti dell'utente. Gli operatori sanitari si confrontano quotidianamente sia con le complesse e dolorose problematiche del malato che con le difficoltà diagnostiche, terapeutiche e comunicative insite nella pratica medica sperimentando frequentemente impotenza terapeutica, dolore, angoscia e morte. Il che può dare origine a tensioni, frustrazioni e conflitti alla base della nota sindrome del *burnout*, sovente anticamera di malattie.

La psiconeuroendocrinoimmunologia (Benedetti, 2018) disciplina ponte tra biologia, medicina e psicologia, ha assunto la nozione che il corpo partecipi di ciò che accade a livello emozionale, cancellando definitivamente la contrapposi-

zione mente-corpo che ha per secoli dominato la scena culturale. Essendo oramai attestato con innegabili evidenze scientifiche (ib.) che il sistema nervoso ha connessioni con tutti altri sistemi dell'organismo (respiratorio, cardiovascolare, endocrino, immunitario...), si può affermare che gli eventi di vita drammatici scatenano una tempesta neurochimica che può durare a lungo nel tempo e che il susseguirsi di eventi traumatici porta ad un vero e proprio danno neuronale.

Tale approccio ha mostrato come i successi terapeutici, i miglioramenti e le remissioni dipendano in misura importante dalle condizioni psicologiche del paziente, dal grado di accoglienza dell'ambiente, dalla qualità delle relazioni con gli operatori, dall'empatia (Hojat, 2018). La corretta comunicazione, la canalizzazione della creatività e delle emozioni positive possono favorire, attraverso complessi meccanismi neurali, il corretto funzionamento del sistema immunitario, migliorando il tono generale dell'organismo ed il funzionamento di tutti gli organi, nonché le possibilità di ripresa nella battaglia contro la malattia (Benedetti, op. cit).

Il potenziale genetico di un individuo viene espresso all'interno di esperienze sociali che esercitano effetti diretti sulla modalità con cui le cellule nervose vengono collegate fra loro: le connessioni umane portano alla creazione di connessioni neuronali (D'Alessio, 2019).

Le esperienze traumatiche o fortemente stressanti nel tempo possono avere effetti tossici diretti sul cervello: gli ormoni secreti in risposta allo stress determinano fenomeni di morte neuronale a livello dei circuiti fondamentali delle aree limbiche e neocorticali responsabili dei processi di regolazione delle emozioni. Il risultato finale sarà una particolare vulnerabilità a disturbi emotivi: geni ed esperienze interagiscono per creare condizioni di rischio per lo sviluppo di patologie successive, rischio che alla fine viene espresso a livello di circuiti cerebrali (ib.).

È il canale comunicativo ipotalamo-ipofisi-surrene ad essere coinvolto nella risposta dell'organismo agli agenti stressanti: le principali sostanze veicolanti messaggi in tale meccanismo sono l'adrenalina ed il cortisolo. Esiste anche un fenomeno denominato "analgesia da stress" in base al quale gli oppioidi endogeni (endorfine), che proteggono dalla percezione del dolore, provocano uno stato analgesico in situazioni di emergenza, il che è evidentemente un meccanismo connesso alla sopravvivenza (Benedetti, 2012). Uno stress molto intenso può altresì provocare un blocco delle funzioni mnemoniche.

Tale effetto è mediato dai processi neuroendocrini con cui l'organismo reagisce normalmente allo stress attivando l'asse ipotalamo-ipofisario-adrenocorticale che tipicamente prevede una liberazione immediata e transitoria di noradrenalina ed una risposta più prolungata mediata dagli ormoni glucocorticoidi, rilasciati dalla corteccia surrenale, che influenzano il metabolismo dei carboidrati (ib.).

I glucocorticoidi hanno un effetto diretto sull'ippocampo che presenta un'alta densità di recettori specifici per questi ormoni. Infatti uno stress molto forte può determinare un blocco transitorio delle sue funzioni. Uno stress continuato può invece indurre un'alterazione dei normali ritmi quotidiani di secrezione, con livelli ematici di cortisolo che risultano cronicamente elevati: ciò può portare ad una inibizione della crescita neuronale ed a processi di tipo degenerativo a carico dei dendriti (ib.).

Tali fenomeni sono inizialmente reversibili: se però l'esposizione ad alte concentrazioni di glucocorticoidi persiste nel tempo, possono subentrare fenomeni di morte neuronale: infatti, uno stress ripetuto provoca atrofia dei neuroni dell'ippocampo che possiedono recettori per i glucocorticoidi. L'atrofia è reversibile se l'esposizione è discontinua ma, se è permanente, provoca deficit a livello cellulare nel potenziamento mnestico a lungo termine, legato alla funzionalità del-

l'ippocampo. Se i livelli elevati di cortisolo ematico sono presenti per 5 anni o più, sono presenti deficit di memoria.

Lo stress compromette dunque la memoria esplicita mutando il funzionamento dell'ippocampo poiché in condizioni di forte stress aumenta la concentrazione di cortisolo nel circolo ematico. Il cortisolo si diffonde nel cervello e si lega ai recettori dell'ippocampo provocando un disturbo dell'attività ippocampale, che compromette le capacità del sistema mnestico del lobo temporale di formare le memorie esplicite; quando lo stress permane le cellule ippocampali cominciano a degenerare e alla fine muoiono (ib.).

Si è altresì visto che la percezione dello stress regola la secrezione di adrenalina e glucocorticoidi che stimolano la produzione dell'ormone di rilascio della corticotropina che agisce per mobilizzare i componenti della risposta dell'organismo allo stress, come il sistema endocrino ed immunitario. Tale ormone inoltre agisce all'interno dello stesso cervello, in aree che sono coinvolte nello stress e nella dipendenza. Esso porta alla secrezione di più adrenalina e glucocorticoidi, formando un circolo vizioso tra la mente ed il corpo (Benedetti, 2012).

Esiste inoltre un rapporto tra stress oggettivo e parametri immunitari (Biondi, 1997). In uno studio di Picardi (2007) "Attachment security and immunity in healthy women", maggiori punteggi ottenuti sulla scala dell'attaccamento insicuro sono correlati ad una maggiore linfocitotossicità in soggetti sani. L'attaccamento ha i suoi correlati biologici legati ai livelli di ossitocina e ai sistemi serotoninergici. La perdita o il lutto scatenano una tempesta biochimica: il turnover delle monoamine cerebrali viene modificato dando luogo a fenomeni di apoptosi, produzione di ossido nitrico, fosforilazione proteica. Nell'animale separato forzatamente dalle figure di attaccamento cambiano sensibilità e numero dei recettori postsinaptici per la serotonina: tale situazione è simile a quella dei soggetti umani depressi (D'Alessio, 2019). Dunque, la rottura di legami affettivi porta ad un'umentata vulnerabilità alle malattie e ad un'umentata morbilità. Le neuroimmagini del cervello sotto stress evidenziano fenomeni simili.

Si è detto che la presenza di glucocorticoidi può disturbare la formazione della memoria dell'ippocampo e far sì che i neuroni ippocampali si atrofizzino e perdano alcune delle loro numerose ramificazioni determinando difficoltà ad apprendere ed a ricordare. Lo stress ed i glucocorticoidi possono dunque impedire la formazione e la crescita di nuove cellule nervose (ib.).

Lo stress fa parte della vita quotidiana se è moderato e di breve durata: ma quando è intenso, duraturo ed agisce su un cervello in via di sviluppo può lasciare tracce permanenti a partire dalla vita fetale.

Oliverio (2009) spiega che lo stress non va sottovalutato, anche perché i glucocorticoidi interagiscono con tossine ambientali scatenando disturbi dell'umore e modificando le tappe della maturazione sessuale. Nella fase prenatale, gli stress materni, ansia e depressione comportano minor peso del nascituro. I neonati di madri stressate sono più piccoli, e a causa degli elevati livelli di glucocorticoidi circolanti nel sangue materno possono avere un ippocampo meno voluminoso e problemi cognitivi. Nella prima infanzia il sistema ipotalamo-ipofisi-surrene è labile e sensibile a stress di tipo affettivo, come uno stato depressivo materno (che comporta una riduzione delle cure o lunghi periodi di separazione dalla madre che i piccoli possono percepire come abbandono). Gli effetti sono però reversibili: se ci si prende carico dei piccoli in un paio di mesi i livelli di cortisolo ritornano normali. Nell'adolescenza, la corteccia prefrontale, da cui dipendono le funzioni esecutive ed il controllo dell'emotività, va incontro ad un'intensa maturazione, accompagnata da un aumento dei recettori per i glucocorticoidi, che mo-

dulano funzioni cognitive ed emotive. Lo stress può quindi generare forme di psicopatologia come depressione ed attacchi ansiosi. In seguito ad eventi stressanti i disturbi dell'umore insorgono con una frequenza superiore rispetto all'adulto. Nell'età adulta è stata raccolta una vasta casistica sui disordini post-traumatici da stress: in genere c'è una correlazione tra episodi di stress, più specificamente vari tipi di traumi psichici, livelli di glucocorticoidi e forme depressive. Nella vecchiaia, i livelli di glucocorticoidi sono più elevati rispetto ai giovani e agli adulti. In seguito a stress si verifica un ulteriore aumento del cortisolo che ha un ruolo negativo sulla funzione neuronale, in particolare sulle cellule della corteccia prefrontale, meno in grado di comunicare tra loro a causa di una riduzione del flusso assonico: Gli stress duraturi accentuano inoltre il processo di morte neuronale nell'ippocampo e nella corteccia prefrontale il che si traduce in una ridotta efficienza cognitiva. In conclusione, il cervello è molto sensibile allo stress ed alla conseguente alterazione della produzione di glucocorticoidi che possono reprimere o innescare l'azione di geni attivi nel sistema nervoso.

Dunque lo stress comporta effetti immunologici, neurochimici, neuroendocrini, comportamentali.

Aspetto tutt'altro che trascurabile è che gli ormoni dello stress sono risultano nocivi sulla corteccia prefrontale (D'Alessio, ib.): ciò può determinare la compromissione della capacità di prendere decisioni, con tutti i rischi che ciò comporta quando coinvolge operatori delle professioni d'aiuto.

3. Correlati neurali della relazione di cura

La ricerca neuroscientifica ha evidenziato i circuiti neurali centrali ed i correlati biologici dei processi affettivi e cognitive: tali circuiti partecipano alla comunicazione paziente-curante.

Sappiamo che i neurotrasmettitori sono messaggeri chimici che mediano la comunicazione tra neuroni adiacenti nello spazio della sinapsi (D'Alessio, op. cit.). Sono sintetizzati all'interno del neurone e rilasciati in risposta all'arrivo di un potenziale d'azione; dopo il rilascio sono disattivati per riassorbimento o mediante l'azione di enzimi. Il principale gruppo di ammine biogene con funzione di neurotrasmettitori sono la dopamina, l'adrenalina, la serotonina; un sottogruppo è costituito dalle catecolammine (dopamina, adrenalina o epinefrina e noradrenalina o norepinefrina). L'acetilcolina è il n. principale nelle giunzioni neuromuscolari, ed è coinvolta nella divisione parasimpatica del sistema nervoso autonomo.

I neuroni dopaminergici del cervello sono coinvolti nel controllo motorio, nella ricompensa e nella progettazione del comportamento. I neuroni noradrenergici producono lo stato di attivazione fisiologica (arousal) e di vigilanza. I neuroni serotoninergici partecipano al controllo dell'umore, del sonno, dell'appetito. I neuroni colinergici partecipano ai processi di apprendimento e memoria.

La nostra vita di relazione è mediata dal funzionamento di tali sistemi. Il rapporto curante-paziente rappresenta una particolare tipologia di relazione, caratterizzato da livelli di coinvolgimento e di responsabilità il cui impatto biologico è stato studiato con diverse tecniche. Lo studio del rapporto curante-paziente presenta diversi problemi, legati all'ottenimento di riscontri in un setting "naturale" e dunque all'utilizzo di metodi non invasivi che consentano serialità, costanza nell'osservazione e bassi costi.

Alcuni esempi di tecniche di rilevazione semplici ed economiche utilizzate sono: la rilevazione della tensione muscolare tramite elettromiografia; la rileva-

zione attività elettrodermica (GSR) correlato dell'attività neurovegetativa; la rilevazione della frequenza cardiaca, della pressione arteriosa, del polso; l'EEG; la rilevazione dei livelli di cortisolo ematico (Benedetti, 2012). Tali misurazioni danno importanti informazioni sull'attivazione emozionale e sui correlati dei processi cognitivi.

Gli studi condotti mostrano che la comunicazione con il paziente coinvolge emozioni che hanno circuiti centrali e correlati periferici somatici. La comunicazione con una persona sofferente suscita stress e ripetuta attivazione di tali circuiti e può essere seguita da effetti somatici periferici. Ricerche condotte utilizzando rilevazioni elettromiografiche sul curante "in situazione" (Biondi, 2008) hanno messo in luce gli effetti della tensione emotiva sul sistema muscolare. La tensione emotiva, trasformata in tensione muscolare, può indurre dolore persistente.

Il sistema nervoso vegetativo, che comprende i correlati neurobiologici delle risposte emozionali, è diviso in simpatico (neuroni noradrenergici) e parasimpatico (neuroni colinergici). È dunque innegabile che il corpo segua gli effetti emozionali. Ad es.: la soglia per l'extrasistolia cardiaca si modifica sulla base del livello di stress della persona. Ricerche che prevedevano punizioni ripetute su animali provocavano l'abbassamento della soglia per provocare extrasistole con uno stimolo elettrico fino alla fibrillazione ventricolare, che è notoriamente antecedente alla morte. In questo si può trovare la spiegazione degli infarti a cuore integro, che possono essere causati anche da dolore psichico non sufficientemente elaborato e quindi persistente, o della cosiddetta morte da angoscia o terrore (ib.).

Ricerche condotte con i suddetti strumenti, in ambito oncologico, su medici nel momento di comunicazione della diagnosi hanno evidenziato che la risposta emozionale del medico è più alta quando medico e paziente sono dello stesso sesso ed età (ib.). L'identificazione porta dunque ad una risonanza emotiva maggiore. Ricerche sull'attività elettromiografica rilevata contemporaneamente su medico e paziente durante la comunicazione di una diagnosi evidenziano una consonanza terapeutica paziente nel tipo di tensione muscolare riscontrata, indice di rispecchiamento empatico (ib.) Ulteriori ricerche hanno messo in evidenza come il medico che ha una conversazione impegnativa o conflittuale col paziente sperimenta variazioni di frequenza cardiaca e pressione arteriosa (ib.). Se ciò avviene quotidianamente e per molte ore (si pensi al lavoro dell'oncologo o dello psichiatra) i costi correlati a tali sforzi possono essere di notevole entità. Non a caso, gli psichiatri ed anestesisti appartengono a categorie professionali ad alto rischio suicidario (Nakao, 2016). Il rispecchiamento empatico dunque non è a basso costo ma ha ingaggi a costo emozionale variabile a seconda dei casi. Ascoltare, rispecchiare, assistere alla sofferenza, interagire e presenziare genuinamente partecipando impegna e costa a livello profondo, centrale e viscerale (D'Alessio, 2019).

I correlati neurobiologici dell'intersoggettività sono evidenziabili nell'architettura funzionale della simulazione incarnata, originariamente scoperta con i neuroni specchio nel dominio delle azioni, una caratteristica di base del nostro cervello che rende possibili le nostre ricche e diversificate esperienze intersoggettive.

Gli studi di Singer (2004) et alii hanno evidenziato come l'osservare un soggetto che soffre provochi un'attivazione automatica del lobo dell'insula e della corteccia cingolata anteriore coinvolgendo le aree del cervello come se il dolore non derivi dall'empatia ma sia un dolore fisico intenso e reale.

Anche quando il soggetto del quale si studia la reazione viene separato dalla persona della cui sofferenza può essere consapevole, non mediante l'osserva-

zione diretta ma guardando una lancetta che indica i livelli del dolore (il soggetto immagina il dolore dell'altro) le aree cerebrali del dolore si attivano ugualmente. Dunque vi è un'attivazione del sistema limbico e delle aree corticali ad esso connesse, non periferica, indipendente dalla stimolazione sensoriale: circuiti e centri sensori ed affettivi del dolore nel cervello sono separati. Il cervello sente allora il dolore anche se gli organi sensoriali non sono attivati. Tentare di ignorare stimoli potenzialmente dolorosi costa ugualmente: anche la rimozione ha dei costi. Quando la mente cerca di sopprimere una reazione c'è un uguale consumo neurotrasmettitoriale e possibilità di somatizzazione (legata alla mancata elaborazione di contenuti inconsci). Tutto ciò dimostra l'impossibilità di scindere la strettissima interconnessione tra emotività-affettività e razionalità nella vita professionale del curante. Ciò comporta: costi emotivi, costi in molecole, attivazione recettoriale, fatica nel rimettere in moto i circuiti.

È certo che curare appaga: ma logora. Il cinismo è spesso una conseguenza della percezione del costo, un meccanismo di difesa dal burnout. I processi suddetti, infatti, implicano elevati consumi di serotonina, dopamina, noradrenalina: l'esercizio dell'empatia brucia energie molecolari del cervello che vanno continuamente rinnovate. La vita extraprofessionale deve consentire il recupero di tali sostanze. Ciò implica un riconoscimento dello specifico stress da lavoro di tutte le professioni di aiuto che implicano costi psichici e fisici e necessità di riconoscimento, prevenzione e trattamento. Heilig (2008) ha trovato un legame tra stress ed alcolismo. I soggetti stressati avrebbero una maggiore tendenza all'assunzione di alcool, allo scopo di ottenere effetti sedativi, e presentano in concomitanza ipersensibilità agli stimoli inducenti paura. La ricognizione dei livelli di stress nelle professioni di aiuto rende indispensabile l'attivazione di corsi sulla comunicazione, sulla promozione del supporto sociale, sul miglioramento del lavoro in team.

4. Elementi protettivi dallo stress nelle relazioni di cura

Una migliore capacità di comunicazione può avere effetti sia sulla qualità della cura che sulla riduzione dello stress. Elementi protettivi dallo stress all'interno delle istituzioni di cura vengono in questa prospettiva identificati in: abilità comunicative; organizzazione efficiente, leadership efficace, lavoro di squadra e supporto sociale, conduzione di una vita extraprofessionale sufficientemente equilibrata. Tali fattori riducono lo stress ed i disturbi ad esso associati. Ad esempio, il supporto sociale, la cui mancanza è correlata a malattie cardiache (Strike & Steptoe, 2004) previene l'aumento di cortisolo e di pressione arteriosa indotti da stress psicologico sperimentale.

Dunque, le modalità di comunicazione che utilizziamo influiscono sul nostro ed altrui assetto neurotrasmettitoriale. Sembra allora che più che i farmaci siano la possibilità di comunicare il proprio disagio psichico e reali cambiamenti nell'assetto di vita a modificare in positivo la trasmissione neurotrasmettitoriale.

In quest'ottica il cervello è presentato come sistema non lineare ma complesso, in continua circolare interazione tra disposizione genetica, livelli dei neurotrasmettitori, clima evolutivo, clima presente, significati attribuiti alle situazioni, comportamenti osservabili. Il concetto di una "chimica della mente" indica che il mondo interno e gli eventi di vita interagiscono l'un l'altro in modo complesso. La terapia della parola tocca molti circuiti che lavorano in modo più fine rispetto a molti farmaci, inducendo una vera e propria "ginnastica neurotrasmettitoriale".

All'interno di questa visione, come potremmo definire i ruoli della psicoterapia e della psicofarmacologia?

La psicoterapia è il processo di comunicazione e relazione terapeutica inteso in chiave umanistica. Si è visto come ci siano evidenze crescenti circa la dimensione biologica dell'interazione-relazione, della comunicazione ed anche della stessa psicoterapia. I recenti dati di visualizzazione cerebrale mostrano come interventi psicoterapici abbiano correlati ben definiti a livello di circuiti e centri cerebrali: la terminologia per la rappresentazione dei fenomeni in psicologia, psichiatria è stata spesso basata su concetti e parole che contrappongono l'organico e lo psichico, il fisico e il mentale, la spiegazione neurochimica e quella psicologica.

Vi è invece una crescente evidenza che rende necessario rivedere questo orientamento e suggerisce l'esistenza di un comune principio organizzatore delle diverse terapie farmacologiche e psicoterapiche ed una matrice finale comune di esse. Secondo Biondi (2008), la terapia più biologica a livello fine neuronale, a livello di plasticità molecolare e di rimodulazione di circuiti e reti neurali non è in realtà quella farmacologica ma la psicoterapia. Anche Kandel (2007), Nobel per la medicina 2000, porta a sostegno di tale ipotesi numerose ricerche che mostrano come prima e dopo una psicoterapia che ha portato a guarigione si evidenzino, tramite neuroimaging, l'attivazione di differenti aree cerebrali, a testimonianza dell'esistenza di un'evidenza, anche biologica, della guarigione.

Applicando tale concetto all'ambito educativo, che si sostanzia fortemente di relazioni trasformative (si potrebbe dire infatti che la psicoterapia è una sorta di educazione degli adulti) esistono numerose evidenze scientifiche nel campo della *Educational Neuroscience* (D'Alessio, op.cit.) che dimostrano come l'educazione possa essere un potente fattore neuroplastico in una varietà di condizioni. L'educatore sarebbe in quest'ottica un vero e proprio microchirurgo e neuroscultore dei circuiti cerebrali (ib.). Un'ulteriore promettente area di ricerca potrebbe essere costituita dallo studio del rapporto tra qualità del risultato, senso di appagamento professionale e loro incidenza sui livelli di stress percepito del curante. Ci si chiede, ad esempio: il livello di soddisfazione per il proprio lavoro può rappresentare uno stimolo positivo per la neuroplasticità, in base ad un meccanismo contrario a quello del distress, ovvero lo stress negativo? Ricerche in questa direzione potrebbero fornire preziose indicazioni.

5. Percorsi di educazione alla salute: vissuto del malato e relazione d'aiuto

Le implicazioni di quanto finora discusso sul paziente sono notevoli. Il paziente avverte profondamente l'esistenza nel curante di atteggiamenti e comportamenti legati allo stress. Ciò si aggiunge ai vissuti personali spesso drammatici collegati alla malattia, agli eventuali interventi chirurgici, alle terapie spesso impegnative e debilitanti ed alle sofferenze associate. Sembra inoltre che l'importanza delle condizioni psicologiche del paziente nel processo di guarigione sia enorme: i successi terapeutici, i miglioramenti le remissioni dipendono in misura importante dalle sue condizioni psicologiche, dal grado di accoglienza dell'ambiente, dalla qualità delle sue relazioni con gli operatori (Benedetti, 2018).

La malattia infatti disorienta l'identità della persona (Donnarumma & D'Alessio, 2008): irrompe e disorganizza il ritmo di vita, mette in crisi i rapporti con il proprio corpo e con il mondo in cui la persona vive, spesso modifica e fa perdere i ruoli professionali e familiari determinando una profonda crisi, sia biologica – per la sofferenza, i disagi, le limitazioni che comporta – sia esistenziale, per le ripercus-

sioni che ha sullo stile di vita e sulla progettualità dell'individuo. Tale crisi può dare origine ad ansia, agitazione, collera, comportamenti di fuga o ostilità che vanno interpretate come strategie (inconsapevoli ed automatiche) per fronteggiare la situazione.

L'ansia si manifesta attraverso uno stato continuo di tensione ed agitazione che può degenerare anche nel panico. Essa comporta una percezione accresciuta degli eventi, accompagnata dall'espressione fisiologica del senso di minaccia, connesso alla paura dell'evento malattia, che include sintomi fisiologici (vertigini, sudorazione, tremore, tachicardia, dolori difficoltà respiratorie, agitazione, tensione, debolezza); sintomi percettivi (senso di irrealità, ipervigilanza, stordimento); difficoltà di pensiero (confusione, amnesie, difficoltà di concentrazione, di ragionamento, blocco).

Le determinanti del vissuto ansioso sono modulate dal significato personale attribuito alle circostanze che l'individuo vive e dal giudizio e dalla stima delle proprie risorse circa le capacità di fronteggiare tali circostanze. Emerge dunque con forte evidenza la necessità di promuovere una competenza relazionale nel personale assistenziale. Una risposta efficace è data dall'approccio definito "relazione d'aiuto".

Essa, più che un esercizio di tecniche, rappresenta uno stile di relazione, un modo di essere caratterizzato da atteggiamenti positivi stabili: accoglienza, comprensione, ascolto attivo ed autenticità. Attraverso un atteggiamento di ascolto è infatti possibile rilevare tutte le fantasie, le verità intuitive, le paure esagerate o le rassegnazioni, cioè, l'interpretazione soggettiva dell'esperienza di malattia.

Su queste informazioni è opportuno costruire il proprio comportamento assistenziale. E più utile valutare il grado di consapevolezza, le idee e le opinioni che il paziente si è costruito sulla sua malattia piuttosto che interrogarsi sulle verità da comunicare.

Ad esempio, informare il paziente sulle procedure, i tempi necessari, le modalità, gli risparmi ansie inutili e favorisce reazioni positive ed atteggiamenti collaborativi. È invece decisamente inopportuno riferire al paziente dubbi o incertezze terapeutiche, che potrebbero sortire l'effetto di diminuire la fiducia e l'affidabilità dello staff curante.

L'efficacia e la validità dell'assistenza al malato non può essere misurata soltanto sull'adeguatezza delle prestazioni erogate o in base alla gestione attiva della malattia da parte del paziente o della famiglia, ma sarà il risultato di una relazione interpersonale preziosa, costruttiva e significativa tra malato, sistema familiare ed operatori.

Il lavoro col paziente prevede i seguenti passi: far emergere convinzioni e vissuti che accompagnano l'evoluzione della malattia; fornire informazioni realistiche sulla curabilità dei sintomi attraverso il controllo della sintomatologia fisica, modificare l'attitudine verso la malattia orientare le aspettative su obiettivi che puntino alla qualità della vita incoraggiare il paziente a verbalizzare le sue fantasie e manifestare liberamente le emozioni prestare attenzione ai termini che il malato usa per descrivere i sentimenti ed il grado di sopportazione che esprime accettare le modalità espressive del paziente costruire atteggiamenti di accettazione nei confronti delle modalità aggressive avviare un confronto positivo quando il paziente è pronto a prendere posizioni più adeguate incoraggiare la presenza ed il conforto da parte dei familiari.

Tale lavoro col paziente va supportato dal lavoro dell'equipe di cura che prevede: avviare un confronto costante, all'interno dell'equipe, su queste problematiche; rilevare le modalità usate dal malato per graduare l'impatto della malattia;

valutare gli atteggiamenti nei confronti della terapia e dei programmi di cura come espressione del disagio di rapportarsi alla malattia; offrire adeguate opportunità per passare gradualmente da un atteggiamento di evitamento nei confronti della coscienza dello stato di malattia ad una graduale e progressiva consapevolezza.

Le stesse équipe di cura, d'altro canto, devono contemporaneamente curare le seguenti dimensioni: prendere coscienza di contenuti interiori propri; comunicare in maniera sana ed equilibrate; esprimere liberamente le proprie paure e difficoltà; riconvertire disagi e conflitti in forma creativa.

Tutto questo allo scopo di sperimentare modalità alternative di comportamento e strategie della comunicazione e della creatività come presupposto per un miglioramento delle relazioni degli operatori sanitari con i colleghi, il paziente, i familiari, facilitare l'espressione di sentimenti conflitti ed insicurezze, permettendone la presa di coscienza e l'elaborazione in chiave creativa ed eventualmente umoristica.

I contenuti sui quali focalizzarsi spaziano dalla relazione con la malattia ed i ruoli del rapporto operatore sanitario-paziente, con particolare riguardo alle difficoltà ed alle problematiche specifiche di ogni area; i concetti di congruenza, accettazione empatica, autorivelazione e comunicazione in prima persona; l'ascolto; gli aspetti psicosociali dell'ambiente sanitario con particolare riguardo alle principali problematiche e conflittualità esistenti nelle relazioni col paziente e con i suoi parenti ed accompagnatori; le relazioni con i colleghi nell'ambito del team operativo. Tutto questo allo scopo di prendere coscienza delle difficoltà di rapporto con il paziente e con i colleghi, degli effetti benefici di una corretta comunicazione: sulle problematiche personali e relazionali e sulla gestione dei conflitti interpersonali.

Le metodologie possono essere molteplici e in gran parte basate sulla possibilità di utilizzare eventualmente strategie creative ed umoristiche beneficiando dei loro effetti fisiologici sull'organismo, sull'assetto psicologico e sulle relazioni. Esse potrebbero includere: lezioni teoriche; laboratori di autorivelazione; gruppi d'incontro favorevoli la corretta comunicazione tra operatori, la consapevolezza e la capacità di elaborazione dei propri vissuti e dei propri disagi come operatori sanitari; esercizi e giochi di espressività psicocorporea per l'acquisizione della fiducia e dell'affiatamento di gruppo; laboratori di composizioni creative: lettura umoristica e poesia; tecniche di rilassamento (distensione immaginativa e training autogeno).

6. Senso della cura e significato esistenziale della sofferenza

L'educazione alla salute è un capitolo fondamentale dell'educazione alla vita perché i due beni, salute e vita, sono profondamente interconnessi: l'equilibrio salute non può prescindere dalle scelte di vita. Da un punto di vista etico, educare alla salute e alla vita significa educare al rispetto della dignità della persona umana che è caratterizzata dalle sue capacità, dalle sue abilità, dalle sue fragilità e dalla sua apertura alla reciprocità e al dono. La salute è la risultante dall'equilibrio organico, relazionale e spirituale riferito alla persona umana che è sostanza relazionale e unità psicofisica.

L'antropologia personalista, così attenta a sottolineare l'unicità della persona come entità bio-psico-socio-spirituale, privilegia una nozione olistica di salute e malattia, in cui concorrono ed interagiscono elementi corporei, psichici e spirituali senza dimenticare le imprescindibili risonanze relazionali. Come la vita

umana non può essere ridotta alle sole dimensioni biologiche, ma è vita della persona nella sua multidimensionalità, così la salute non può essere ridotta all'una o all'altra delle dimensioni dell'uomo, ma è armonia ed integrazione di tutte le energie personali, fisiche, psichiche e spirituali.

L'affermarsi della nozione di qualità della vita mette in luce quanto la cultura postmoderna sia sensibile agli aspetti emotivi e relazionali dell'esistenza, di contro all'impostazione rigidamente intellettualistica o positivista di epoche precedenti. In questo senso si tratta di un elemento positivo, soprattutto se si tiene conto che ha spinto la medicina a superare in molti casi il paradigma strettamente biomedico e a porsi nuovi traguardi, come quello di curare anche nell'impossibilità di guarire, ossia di assicurare una qualità della vita migliore ad un malato cronico terminale.

Tuttavia, la nozione di qualità della vita ha il suo polo negativo e mette in discussione il valore della vita stessa. In nome di una pretesa qualità della vita, si può mettere in dubbio che un'esistenza segnata da un handicap valga la pena di essere vissuta o negare che una malattia cronica renda ugualmente possibile una vita felice. In tale ottica il peso psicologico della malattia aumenta perché la si vede sotto l'aspetto dell'inabilità e della perdita. Ne risulta aggravato anche il peso morale, in quanto essa appare esclusivamente come un limite alla propria libertà di volere e di potere, un evento sgradevole che è descritto come un fatto ma che resta non compreso nel suo significato. Si omette di riflettere sulla fragilità che sempre limita l'essere umano e sull'incapacità di dominare totalmente il corso naturale delle cose, tralasciando la questione antropologica.

Per operare un'inversione di tendenza nel modo di intendere la salute e la malattia occorre recuperare un maggiore spessore etico: sia la capacità di interrogarsi sul senso, sul perché profondo delle proprie esperienze sia una più profonda consapevolezza del rapporto che queste hanno con la propria libertà. È indispensabile allora affiancare all'approccio clinico e psicologico alla malattia, anche un approccio antropologico e morale. Il nostro lavoro ha inteso fornire una visione d'insieme delle dimensioni biopsicosociali delle professioni di cura, al cui interno curante e paziente possano sviluppare, recuperando il proprio bagaglio culturale e personale, un'immagine rinnovata della propria identità-professionalità. Professionalità intesa come quotidiana esperienza di senso che si esplica in atteggiamenti caratterizzati da dedizione, cura ed attribuzione di significato a persone ed eventi ad essa connessi. I quali, anche in situazioni altamente drammatiche, sono sempre spunti di crescita, a patto d'essere disponibili a coglierli come tali.

Star bene e star male hanno dunque senso esclusivamente in un ambito di condivisione autentica: non si vive per essere sani o malati, ma per riconoscere ed essere riconosciuti. In ultima analisi, per amare ed essere amati. Il dolore e la sofferenza, vissuti nella solidarietà con gli altri diventano il perno di rotazione dal negativo al positivo. A questo punto ci poniamo un altro interrogativo cruciale che informa tutto ciò che abbiamo finora detto. Chiunque viva in un contesto di cura non può fare a meno di chiedersi: è possibile dare un senso alla sofferenza?

Conclusione

Nell'opera *Homo patiens. Un'interpretazione umanistica della sofferenza*, Viktor Frankl (1972) parla del significato esistenziale del dolore:

Anche l'uomo semplice, l'uomo della strada conosce istintivamente il possibile significato della sofferenza e quindi il valore della stessa capacità di soffrire: intuisce cioè tale capacità come un valore. Teniamo bene a mente

questo: una sofferenza vera, coraggiosa, autentica è una prestazione. Coraggio e consolazione possono essere trasmessi anche da un ammalato agli altri ammalati e perfino al medico che diventa lo specchio che riflette l'immagine esemplare e figurativa dell'uomo ammalato che soffre e realizza una prestazione con la sua rinuncia. Gli altri ammalati, rivolgendo il loro sguardo verso questo specchio scoprono che niente è impossibile di ciò che viene chiesto loro. Perciò che riguarda il medico personalmente, nella consapevolezza della possibilità o meglio nella consapevolezza dell'attuabilità di questa possibilità, egli si presenterà al malato ben diversamente, molto più convinto. E quindi avrà sul malato una diversa efficacia: egli nella vita e nella sofferenza dell'altro scopre le possibilità di risvegliare la volontà di significato. Coraggio e consolazione ha ricevuto, coraggio e consolazione ha da trasmettere. Chi non ha mai vissuto quest'esperienza: che attraverso la consolazione di un altro viene egli stesso consolato? Il dolore per prima cosa può dunque essere una prestazione (pp. 100-103).

La sofferenza però, purché sia autentica, oltre che una prestazione è anche una crescita. Prendendo su di me un dolore, accettandolo in me, io cresco, sperimento un aumento di forza morale: si arriva ad una specie di ricambio. Infatti l'essenza del ricambio è che la materia grezza viene rimessa in forza. Lo stesso avviene, sul piano morale, nella trasformazione di quel materiale grezzo che viene dato dal destino. Il sofferente non può più formare il suo destino dall'esterno ma proprio la sofferenza lo pone in grado di dominare il destino dall'interno in modo da trasportarlo dal piano fattivo al piano esistenziale. Io ho una malattia che non posso cambiare e sono posto dinanzi al quesito che cosa fare di tale malattia ed inizio con questo. E allora, mentre trasporto il fatto su un piano più alto "pongo me stesso, la mia propria esistenza, su un gradino superiore (p. 103) [...]". La sofferenza è una prestazione e una crescita. Ma essa è anche una maturazione. Infatti l'uomo che cresce oltre sé stesso, si matura. La vera e propria prestazione del dolore è dunque nient'altro che un processo di maturazione (p. 104). L'uomo che soffrendo matura sé stesso, matura di fronte alla verità. La sofferenza non ha solo dignità etica ma anche rilevanza metafisica. La sofferenza rende l'uomo perspicace ed il mondo trasparente (105). Ogni nostro tentativo di interpretazione metaclinica del significato del dolore porta alla conclusione che il calcolo dell'uomo sofferente si risolve nella trascendenza; nell'immanenza resta irrisolto [...]. E la domanda sul significato del dolore? È lo stesso: chi – al di qua di ogni credenza in un significato superiore - chiede quale significato abbia il dolore, trascura che il dolore stesso è una domanda, e che siamo di nuovo noi ad essere interrogati, che l'uomo sofferente, l'Homo Patiens è colui che viene interrogato: non ha egli da interrogare, ma da rispondere, da dar soluzione al problema del dolore: egli ha da superare l'esame – deve rendere il dolore una prestazione (p. 163) [...] Allora possiamo dire: nel modo come si prende su di sé il dolore imposto – nel modo come si soffre – sta la ragione del perché della sofferenza. Tutto dipende dalla posizione, dall'atteggiamento verso il dolore, naturalmente verso un dolore necessario, destinato e proprio per questo inondabile di significato, e dalla realizzazione dei valori di atteggiamento, resa possibile dal dolore. La risposta che l'uomo sofferente dà alla domanda sul perché del dolore attraverso il come egli lo sopporta è sempre una risposta senza parole; ma, al di là della fede in un sopra-significato, essa è l'unica risposta significativa. Un'ultima parola, non all'uomo sofferente ma all'uomo che avvicina il sofferente e soffre con lui: come il dolore, è significativo il vivere insieme, il soffrire insieme" (Frankl, 1972).

Essere 'presenza'. Anche nel silenzio di uno sguardo.

Riferimenti bibliografici

- Benedetti, F. (2012). *Il cervello del paziente*. Roma: Fioriti.
- Benedetti, F. (2018). *La speranza è un farmaco*. Milano: Mondadori.
- Biondi, M. (1997). *Mente, cervello e sistema immunitario*. New York: MacGraw Hill.
- Biondi, M., Mistretta, M. & Roscioli, C. (2008). *Farmaci in psichiatria. Indicazioni terapeutiche approvate e utilizzo off-label*. Roma: Il Pensiero Scientifico.
- Biondi, M. (2008) *Biologia della relazione e della psicoterapia*. Relazione presentata al Congresso: "Neurobiologia dell'esperienza interpersonale". Roma, Università S. Tommaso, 12-13 settembre 2008.
- Donnarumma D'Alessio, M. & D'Alessio, C. (2008). *La danza dell'identità*. Milano: Gribaudi.
- D'Alessio, C. (2019). *Pedagogia e neuroscienze*. san Cesario di Lecce: Pensa.
- Frankl, V.E. (1972). *Homo Patiens. Interpretazione umanistica della sofferenza*. Varese: Salcom.
- Heilig, M.A (2008). Upregulation of voluntary alcohol intake, behavioral sensitivity to stress and amygdala Crhr1 expression following a history of dependence. *Biological Psychiatry*, 63 (2): 146-151.
- Hojat, M. (2018). *Empathy in Health professions Education and patient care*. New York: Springer.
- Kandel, E. (2007). *Psichiatria, psicoanalisi e nuova scienza della mente*. Milano: Raffaello Cortina.
- Nakao, M. (2010). Work-related stress and psychosomatic medicine. *Biopsychosoc Med* May 26;4(1):4.
- Oliverio, A. (2009). Lo stress e le età della vita. *Mente e Cervello*, VII, 55.
- Picardi, A. et alii (2007). Attachment security and immunity in healthy women. *Psychosomatic Medicine*, 69(1), 40-6.
- Singer, T. et alii (2004). Empathy for pain involves the affective but not the sensory components of pain. *Science*, 303, 1157-1161.
- Strike, P.C. & Steptoe, A. (2004). Psychosocial factors in the development of coronary artery disease. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 46 (4), 337-347.