

# La relazione medico paziente e la narrazione della malattia in Floriterapia

## Patient-doctor relationship and the disease narration in Flowertherapy

**RIASSUNTO:** La prescrizione dei Fiori di Bach si effettua sugli stati d'animo del paziente: stati d'animo che emergono nel setting terapeutico ove la relazione medico-paziente rappresenta il luogo e lo strumento di quella espressione. In tal senso è necessario che il terapeuta non invada quel campo e che il paziente sia condotto verso quella scoperta. La narrazione della malattia rappresenta la trama che attribuisce significati ed evidenzia stati emozionali.

**PAROLE CHIAVE:** RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE, SETTING TERAPEUTICO

**SUMMARY:** *The Bach Flowers remedies prescription focuses on the patient's emotional state: emotional states emerging during the therapeutic setting in which the relationship between the doctor and the patient represents the place and the instrument of that expression. Thus, it is essential that the therapist does not invade that space and the patient is conducted towards that discovery. The plot of the illness is revealed through its telling; the plot gives meanings and highlights the emotional states.*

**KEY WORDS:** PATIENT-DOCTOR RELATIONSHIP, THERAPEUTIC SETTING

Il punto di partenza nella relazione medico - paziente, come nell'incontro fra individui che non si conoscono, è rappresentato da una condizione di separazione ed oscurità.

Tale separazione può essere ricomposta attraverso un atto di comprensione riunificato.

• **Ciò significa che quanto è estraneo e separato può essere riportato ad unità.**

Nella relazione si verifica un processo trasformazionale in cui ogni evento non è riferibile all'uno o all'altro dei componenti il sistema, ma al sistema stesso che li comprende e li assume.

Il nesso fra soggetto e oggetto non è un nesso ricercante (il medico) e ricercato (il paziente), ma è quello fra due partners di un dialogo in cui lo sforzo conoscitivo è *ipso facto* lo sforzo pratico (interesse) per instaurare una comunicazione: uno sforzo, quindi, non solo di conoscenza ma di **comunicazione**.

Lo stato d'animo del paziente viene presentificato, nel senso di attualizzato, raccontato, espresso all'interno della

relazione "rapporto medico-paziente".

È necessaria, tuttavia, una riflessione sui termini "relazione" e "rapporto".

La parola **relazione** può rimandare ad una condizione di quiete senza conflitti, di equilibrio equiprobabile; ad un collegamento fra parti, così compenstrate ed amalgamate, da farci ritenere impossibile una loro specificazione. È un campo energetico potente alla cui espressione e svolgimento gli individui possono opporsi e resistere.

Viceversa con la parola **rapporto** ipotizziamo che la divisione delle parti sia possibile, senza rimanenze.

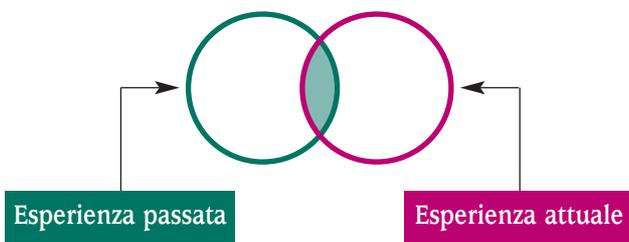
### CONTRASTO FRA DUE PRINCIPI

1. **Uno-tutto** indistinto, immobile e indeterminato (relazione)
2. **Dualità** che implica distinzione e mobilità delle parti (rapporto)

**Il rapporto medico-paziente rappresenta un campo di forze ove convergono-interagiscono modi di essere (del medico e del paziente).**

● FASE INIZIALE

- Il terapeuta:**
- tolleranza della scarsa comprensione e di avvertire uno stato di impotenza.
  - Attendere il rilevante ed il significativo (senza ricordi o conoscenze acquisite: l'errore sarebbe quello di imporre al paziente l'autoinganno di una comprensione prematura).
  - Evitare sistemi autoprotettivi non essendo in grado di decifrare i messaggi del paziente.
  - Mantenere una *visione binoculare* (dati chiari ed oscuri) (Bion, 1972).



L'area di intersezione appartiene ad entrambi gli insiemi (Matte Blanco, 1981)

● FASE SUCCESSIVA

Il terapeuta **non** riconosce elementi importanti a causa dei propri ostacoli

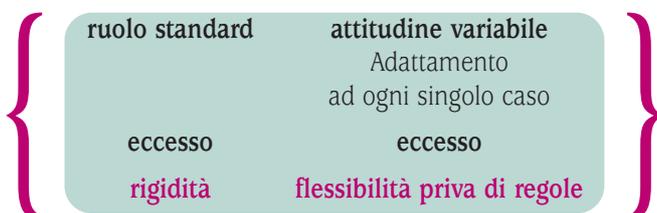
**Ostacoli:**

- proiezione: si attribuiscono all'altro elementi **propri**
- introiezione: ci si impadronisce delle caratteristiche **altrui**

**Esperienza clinica di scoperta:**

le ipotesi iniziali non vengono confermate né da elementi successivi né da informazioni già emerse

**Medico:  
Possibili errori**



Possibile *triade di accudimento*



**Spazio potenziale** reale ed illusorio  
Ideale per esperienze prive di interferenze da parte del terapeuta

Io che osserva

Io che esperisce

Terapeuta

- Nozioni teoriche
- Informazione sul lavoro degli altri Colleghi
- Esperienze cliniche
- Formazione

Diventare terapeuta implica un processo che *"inizia, va avanti e non è mai concluso"* (Bion, 1972)

È uno stato mentale ed emozionale continuo

**Setting in Floriterapia**

Per riconoscere lo/gli stato/i emozionale/i negativo/i del paziente (la nota dominante) è necessaria una **comprensione empatica**.

**Empatia**

- Capacità di condividere ciò che accade agli altri, non come qualcosa di simile alla propria esperienza, ma come se capitasse al terapeuta.
- Provare, pensare emozioni come se si partecipasse alle esperienze del paziente.
- Considerare in maniera simultanea il proprio punto di vista e quello del paziente con attenzione distribuita (separazione dell'io).
- Rispettare e proteggere l'individualità del paziente, senza super-imporre la propria.

**Alternative fra stati d'animo**



quale configurazione scegliere?



Per una qualsiasi scelta da parte del terapeuta è necessario un ascolto non focalizzato.

Solo in un secondo momento l'attenzione potrà concentrarsi sui problemi focali che sono ancora emersi.

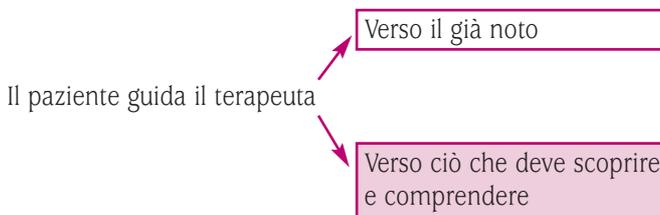
**Contenimento:**

necessità di una persona disponibile a prestare aiuto per emozioni e sentimenti che si riversano sugli altri.

Il vissuto del paziente è di essere in balia di tali impulsi.

Il terapeuta è presente per essere "scoperto"

**Il processo terapeutico diventa una creazione del paziente**



**Seguire** il paziente, **non guidarlo**  
**Non spiegare** ma **scoprire**, insieme al paziente

Certezze del terapeuta:

- Aspettative su di sé
- Collusione fra ricerca di certezze da parte del paziente ed atteggiamento del terapeuta che vuole apparire in grado di offrire tali certezze.

La via della conoscenza, se legata a troppe certezze, favorisce una presa di coscienza intellettualizzata e non efficace.

**La presa di coscienza non si propone, si scopre**

Bion (1972) sostiene che l'effetto del contenimento è quello di un prisma in grado di scomporre la luce nelle varie tonalità dello spettro cromatico attraverso il sentimento, il pensiero, le capacità organizzative, l'azione e lo stesso silenzio del terapeuta.

Il paziente vive il contenimento come uno spazio ove si possa verificare non tanto una riduzione del sintomo, ma piuttosto la scoperta, magari per la prima volta, della propria possibilità o capacità di sostenere, senza manovre di esitazione, le difficoltà della vita.

Un terapeuta che voglia evitare di essere interpretato come "oggetto invasivo" dovrebbe restare in attesa che emerga, secondo i tempi del paziente, un certo tipo di rapporto e possibilità di comprensione.

Il clinico dirige l'attenzione consapevole di "non sapere" mai abbastanza.

Il clinico dovrebbe arrivare a "metà strada".

La diagnosi non dovrebbe essere una "espressione oracolare". Nessuno è in grado di far crescere un altro individuo, può solo inibire o favorire un processo.

Il medico dovrebbe individuare i fattori che facilitano o interrompono un simile processo.

Il paziente necessita di un "periodo di esitazione" (Winnicott, 1972) che è uno spazio emotivo, ove possono avvenire scoperte.

Gli eventi si comprendono **dopo** che sono accaduti

Le domande senza risposta rappresentano un buon inizio

Il terapeuta non conosce le risposte e deve saper aspettare: **è il paziente, e solo il paziente, a possedere le risposte.**

"Rinuncia alla tua memoria ed al tempo futuro del tuo desiderio; dimenticali entrambi, ciò che già sai è ciò che vuoi, per lasciare spazio ad una nuova idea. Un pensiero, una idea che nessuno rivendica può aggirarsi per la stanza, alla ricerca di un luogo ospitale. Forse è una delle tue, sembra sorgere dal tuo intimo; o emergere al di fuori di te stesso, dal paziente" (Bion, 1972)

"Invece di cercare una luce brillante, intelligente, perspicace, per sostenerci di fronte a problemi oscuri, dovremmo, penso, far diminuire la luce – portare un penetrante raggio di tenebra; l'inverso di un riflettore... il buio sarebbe così assoluto da creare un vuoto luminoso, reale. Cosicché, se mai esisteva un oggetto, per quanto indistinto, risalterebbe con chiarezza ed una luce molto flebile diverrebbe visibile, nell'oscurità totale" (Bion, 1972)

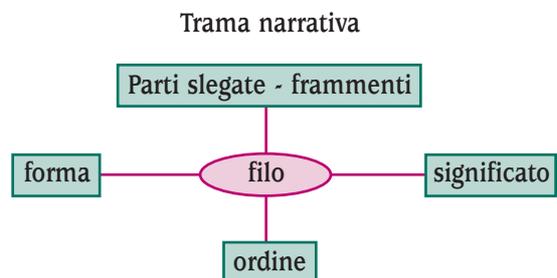
Keats affermava che la grandezza di Shakespeare consisteva nell'essere riuscito a tollerare una "capacità negativa".

**La Floriterapia ha il suo punto di avvio negli stati negativi**

Il paziente chiede aiuto a chi? Perché? Come?

Esiste una narrazione del paziente

Esiste una lettura dinamica (in cui si focalizza una storia ed una evoluzione) da parte del terapeuta.



Il senso sta nell'attribuire un senso

La narrazione della malattia è una esperienza rappresentata e raccontata ove attività ed eventi sono presentati in ordine significativo e coerente.

L'empatia del terapeuta (senza identificazione) rappresenta il "basso continuo" che attenua il rischio di:

- **Omissioni**
- **Sopravalutazioni**
- **Rifiuti**

Nella narrazione del paziente si collegano in senso immaginativo esperienze per evitare la dissoluzione.

Si sostituisce una configurazione ad una successione.

Qual è la relazione fra storia ed esperienza?

Attraverso le domande del terapeuta il racconto può essere collocato in un nuovo contesto e può rivelare nuove dimensioni dell'esperienza.

Nei momenti di crisi e di rottura appare una indeterminazione assoluta: il terapeuta "lettore" riceve e compone il messaggio del testo

significato  interazione fra LETTORE e TESTO  
(non solo testo, non solo lettore)

"approssimarsi all'ineffabile ed all'indicibile, non per svelarlo o dispiegarlo nella diacronia del discorso ma per solleccitarlo a produrre e conservarlo nell'involucro sincronico del sentire".

## ■ BIBLIOGRAFIA:

1. BION W.R. - Apprendere dall'esperienza. ed. Armando, 1972.
2. CHIAZZA L. - Corpo affetto e linguaggio. ed. Loescher, 1981.
3. MATTE BLANCO I. - Saggio sulla bi-logica. ed. Einaudi, 1981.
4. WINNICOTT D.W. - Sviluppo affettivo e ambiente. ed. Armando, 1972.
5. WINNICOTT D.W. - Gioco e realtà. ed. Armando, 1974.

### Per riferimento bibliografico:

MONTENERO P. - La relazione medico-paziente e la narrazione della malattia in Floriterapia. Atti del 2° Congresso A.M.I.F. La Med. Biol. Suppl. al N°2, 2000, pagg. 8-11.

### Indirizzo dell'Autore:

#### **Dr. Paolo Montenero**

Specialista in Neurologia  
Ospedale San Giovanni Battista  
Via L.E. Morselli - I-00148 Roma

Marzo 2000