

Medicina Generale e Psicologia: studio delle resocontazioni relative alla sperimentazione italiana

di *Barbara Cordella**

Nel contesto internazionale, si contano ormai numerose esperienze volte a sostenere la collaborazione tra Medicina Generale e Psicologia. In Italia, detta collaborazione è promossa dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università Sapienza di Roma, che già dal 2000 conduce una sperimentazione in questo ambito. Una recente pubblicazione (Solano, 2011), basata sul lavoro di quattro psicologhe che hanno partecipato alla sperimentazione tra il 2008 e il 2010, propone, tra l'altro, una breve resocontazione di tutti ($n = 564$) gli interventi realizzati. Al fine di comprendere le dimensioni che hanno organizzato le resocontazioni, sono stati selezionati 516 scritti, relativi agli interventi condotti in copresenza medico/psicologo. Questi sono stati sottoposti ad una analisi del testo realizzando, con l'ausilio del software T-Lab, una analisi fattoriale ed una analisi dei cluster. Le analisi consentono di leggere le problematiche presentate dai pazienti e gli strumenti utilizzati dalle psicologhe. In particolare, si sono evidenziati quattro ambiti di intervento: due relativi a problematiche relazionali, uno a problematiche somatiche, ed un quarto relativo alle situazioni in cui ci si rivolge al medico per essere rassicurati rispetto alle proprie preoccupazioni o per lamentarsi della propria condizione. Nei primi tre casi l'analisi mostra l'utilizzo di interventi espressivi mentre, nel quarto caso, l'impiego di interventi supportivi.

Parole chiave: *medicina generale, psicologia, resocontazione, analisi del testo*.

I Introduzione

In America, la Robert Wood Johnson Foundation ha finanziato una ricerca volta ad esplorare l'opportunità di introdurre la *medical home* come modello organizzativo per la Medicina Generale. La presentazione dello studio (Berenson, Devers, Burton, 2011), che tiene conto di numerose sperimentazioni, evidenzia come detto modello potrebbe ridurre la spesa sanitaria e migliorare la qualità del servizio offerto, avvalendosi di un team multidisciplinare.

L'iniziativa della Fondazione, volta a promuovere una riforma del sistema sanitario americano, è stata raccolta da alcuni articoli pubblicati, nel corso del 2012, sul "Journal of Clinical Psychology in Medical Setting", nei quali si

* Sapienza Università di Roma.

esplora il ruolo che gli psicologi potrebbero assumere nella medicina generale (Nash *et al.*, 2012), l'utilità di una formazione specialistica nel settore specifico (Kaslow, Graves, Smith, 2012), il modello di formazione interdisciplinare realizzato già da diversi anni presso la Eastern Virginia Medical School (Cubic *et al.*, 2012).

Gli articoli citati, d'altra parte, sono solo alcuni di una ampia letteratura che già da diversi anni sostiene l'opportunità di utilizzare il modello bio-psico-sociale nella prassi della Medicina Generale (ad esempio, Skillings, Murdoch, Porcerelli, 2010; Miller, Mendenhall, Malik, 2009; McDaniel, LeRoux, 2007; Rozensky, 2006; James, 2006; Bray, 2004) anche perché, secondo alcune stime, in territorio americano, l'84% dei disagi che si presentano alla Medicina Generale non ha una eziologia organica (Kroenke, Mangelsdorff, 1989) e il 70% dei disagi manifestati sono relativi a problemi di carattere psicosociale (conflitti coniugali, lutti ecc.) (Gatchel, Oordt, 2003). A fronte di ciò, si evidenzia spesso come i medici siano formati per intervenire solo su una parte delle richieste che giungono loro dal territorio e gli psicologi abbiano una formazione inadeguata per collaborare con la Medicina Generale, poiché troppo spesso sono orientati ad occuparsi solo della malattia mentale attraverso la psicoterapia.

Lo stesso ordine di considerazioni può essere rintracciato anche in un articolo (Derkzen, 2009) che presenta la situazione dei Paesi Bassi, dove lo psicologo generalista è presente fin dal 1970, ed è ormai una figura professionale riconosciuta che collabora con i medici attraverso interventi brevi. È previsto, per loro, un percorso formativo specifico, da realizzarsi dopo la laurea in Psicologia, che conduce ad una figura professionale chiaramente distinta da quella dello specialista in psicoterapia.

Ciò che, in particolare, viene sottolineato nell'esperienza dei Paesi Bassi, come anche nella letteratura americana, è l'opportunità di intercettare il disagio psico-sociale nelle sedi in cui si manifesta (le consultazioni rivolte alla Medina Generale), poiché solo una piccola parte di tale disagio giunge ai servizi specialistici.

L'attenzione per questo tema, in Italia, è sostenuta dalla Scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università Sapienza di Roma, ed in particolare dal prof. Solano che, sin dal 2000, conduce una sperimentazione nel corso della quale, per un giorno a settimana, si realizza l'affiancamento di un medico di Medicina Generale con uno specializzando della scuola. Finora la sperimentazione ha coinvolto 13 medici di Medicina Generale e altrettanti psicologi.

In una recente pubblicazione (Solano, 2011), basata soprattutto sul lavoro di quattro psicologhe che hanno svolto l'esperienza nel triennio 2008-10 e sono anche coautrici dei diversi capitoli del libro, si sottolinea come l'affiancamento dei due professionisti abbia lo scopo di costruire e sperimentare una operatività capace di cogliere quella dimensione psico-somatica che sottende ogni richiesta di intervento ma che risulta particolarmente utile nelle situazioni di disagio iniziale.

Secondo il testo, infatti, la competenza psicologica presso la Medicina Generale è considerata significativamente utile nelle situazioni «in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico o organizzazioni intrapsichiche fortemente limitanti una realizzazione ottimale dell'individuo» (ivi, p. 43), poiché, in questi casi, la possibilità di dar senso alla sintomatologia proposta assume una funzione preventiva.

Intorno a questo tema sembra evidenziarsi, dunque, una convergenza di tutta la letteratura consultata.

I risultati raggiunti nella sperimentazione italiana, d'altra parte, sembrano confermare quanto evidenziato nella ricerca condotta dalla Robert Wood Johnson Foundation, ovvero la possibilità di determinare anche un risparmio economico per il servizio sanitario nazionale.

2 La ricerca

Il testo italiano già citato (Solano, 2011) propone, in appendice, una resocontazione di tutti gli interventi realizzati dalle psicologhe. Tali resocontazioni possono essere distinte in due gruppi: quelle che si riferiscono agli interventi realizzati in co-presenza medico/psicologo e quelle che documentano gli interventi che hanno richiesto anche dei colloqui realizzati dalla sola psicologa o l'invio ad altri professionisti.

Il primo gruppo di resocontazioni è il più ampio e rappresenta la specificità della sperimentazione condotta: vi si trovano interventi realizzati nel corso della visita medica, in assenza di una esplicita richiesta di ordine psicologico da parte del medico curante o del paziente. Leggendo le singole situazioni, il lettore ha modo di comprendere la prospettiva di lavoro assunta, le difficoltà incontrate, le opportunità aperte dagli interventi realizzati; la numerosità degli scritti ($n = 564$), d'altra parte, rende difficilmente delineabile una visione di insieme.

Per questo, chi scrive, pur non avendo partecipato alla sperimentazione e pur non conoscendo il progetto se non per quanto riportato nel libro, ha ritenuto utile realizzare un'analisi del testo allo scopo di individuare le tematiche che, trasversalmente rispetto alle singole resocontazioni e alle psicologhe resocontanti, possono essere evidenziate.

In questa prospettiva, la ricerca ha come oggetto di interesse le resocontazioni e non la sperimentazione condotta; essa, inoltre, ha un obiettivo esplorativo piuttosto che la verifica di una specifica ipotesi formulabile a priori.

3 Metodologia

La presente ricerca ha preso in considerazione solo il primo gruppo di narrazioni; si è basata, pertanto, su 519 testi rispetto ai 564 totali.

Per ogni testo si è scelto di evidenziare le seguenti variabili: la psicologa resocontante, l'età (distinta in fasce) e il sesso del soggetto a cui è stato rivolto l'intervento (distinto in uomo, donna e coppia; quest'ultima espressione è presente quando la consulenza si è rivolta ai due coniugi).

Considerando la TAB. 1, in cui viene evidenziata la distribuzione dei testi analizzati rispetto a due delle variabili indicate, è possibile cogliere alcune questioni. Il numero degli interventi realizzati con le donne è tendenzialmente doppio rispetto a quello degli interventi realizzati con gli uomini sia in termini totali che nelle singole fasce di età; la maggior parte degli interventi, inoltre, si è rivolta alla fascia d'età 35-40, e successivamente alla fascia d'età 55-64.

TABELLA 1
Distribuzione dei testi analizzati rispetto alle variabili età e sesso

		Fasce di età										
		20 (≤24)	30 (25/34)	40 (35/44)	50 (45/54)	60 (55/64)	70 (65/74)	80 (75/84)	90 (85/94)	?	Tot.	%
Sesso	uomo	6	20	33	28	30	31	14	5	8	175	33,7
	donna	28	39	64	43	61	60	26	5	11	337	64,9
	coppia			1		3	1			2	7	1,4
												100
	Tot.	34	59	98	71	94	92	40	10	21	519	
	%	6,6	11,4	18,9	13,7	18,1	17,7	7,7	1,9	4		100%

Per realizzare l'analisi, le narrazioni sono state ricondotte ad un unico *corpus* e sottoposte al software T-Lab (Lancia, 2004). Il software, una volta ricevuto il testo, lo scomponete in Unità di Contesto (UC) di primo e secondo livello. Le UC di primo livello corrispondono alle partizioni del testo dovute all'eventuale uso di variabili. Nella presente ricerca, ad esempio, si ha il sottoinsieme delle resocontazioni della psicologa 1, il sottoinsieme delle resocontazioni riferite ad uomini, ecc. Le UC di secondo livello, invece, corrispondono a partizioni di testo di lunghezza comparabile (una frase o più) definite dal software stesso e chiamate Contesti Elementari (CE). Nella presente ricerca i CE corrispondono alle singole resocontazioni. Successivamente, il *corpus* viene scomposto in Unità Lessicali (UL), ovvero nelle singole parole rintracciabili nel testo. Queste ultime sono distinte in parole vuote e parole piene. Le prime corrispondono agli articoli, agli avverbi, ai verbi ausiliari e modali ecc., e vengono eliminate dall'elenco delle UL. Le seconde, eventualmente riunite in gruppi (ad esempio, il termine maschile singolare rappresenta anche tutti quei casi in cui lo stesso termine si presenta al femminile e al plurale) o riconosciute come *multiwords*

(ad esempio, mezzi pubblici), costituiscono l’elenco delle parole utilizzate per le successive elaborazioni.

A questo punto il software consente di verificare la fattibilità dell’analisi. Dal punto di vista statistico, il *corpus* della presente ricerca è di piccole dimensioni; ciò nonostante, è stato possibile effettuare il lavoro poiché l’indice TTR (che misura la ridondanza di un testo), ovvero il rapporto tra type (somma della diversità nelle parole) e token (somma delle parole presenti nel testo) è 0.16 e l’indice Hapax/Type (il termine Hapax indica le parole che si presentano una sola volta nel testo) è pari a 0.57. In breve, si hanno valori nella norma per un testo di piccole dimensioni, ovvero, nonostante la ridotta estensione del testo, si riscontra una sufficiente diversità delle parole (Bolasco, 1999).

T-Lab analizza il testo attraverso la costruzione di matrici UC x UL (per vedere l’occorrenza delle singole parole nelle diverse partizioni del testo) e attraverso la costruzione della matrice UL x UL (per individuare le parole che co-occorrono nei diversi CE). A partire da tali matrici è possibile realizzare diverse elaborazioni del testo. Nella presente ricerca si è scelto di effettuare una Analisi Tematica dei Contesti Elementari ed una Analisi delle Corrispondenze.

La prima, consente di evidenziare i risultati di una *cluster analysis*, cioè di una separazione delle parole in gruppi caratterizzati da una forte omogeneità interna e, nello stesso tempo, atta a garantire una forte eterogeneità tra i gruppi. Ciascuno di detti gruppi (cluster) esprime, così, un tema, non necessariamente evidente ed esplicito nelle resoconti esaminate. La considerazione di questi, in luogo delle singole parole, consente di semplificare la corrispondenza tra i contenuti dei testi e le variabili di riferimento considerate.

Infine, detti cluster vengono collocati nell’ambito di uno spazio fattoriale, prodotto dall’Analisi delle Corrispondenze.

Quest’ultima è una tecnica statistica atta ad individuare ed evidenziare gli elementi che le relazioni tra i dati (che compongono le matrici) sottendono. In questo senso, l’analisi consente di ridurre il numero delle dimensioni entro le quali i dati stessi possono essere rappresentati, esplicitando le interdipendenze tra le variabili originarie e realizzando così l’estrazione di alcuni nuovi fattori (cosiddetti latenti) di riferimento, rappresentabili graficamente mediante nuovi assi cartesiani cui riferire lo spazio occupato da tutte le UL. Questi assi sono identificati, nelle due polarità (positiva e negativa) di ciascuno, attraverso gruppi di parole che, pur appartenendo allo stesso asse, esprimono dimensioni tra loro opposte. Il senso attribuibile ai raggruppamenti di queste parole e alla loro opposizione rappresenta, dunque, l’elemento sotteso alla relazione tra dati, cioè appunto il nuovo fattore di riferimento.

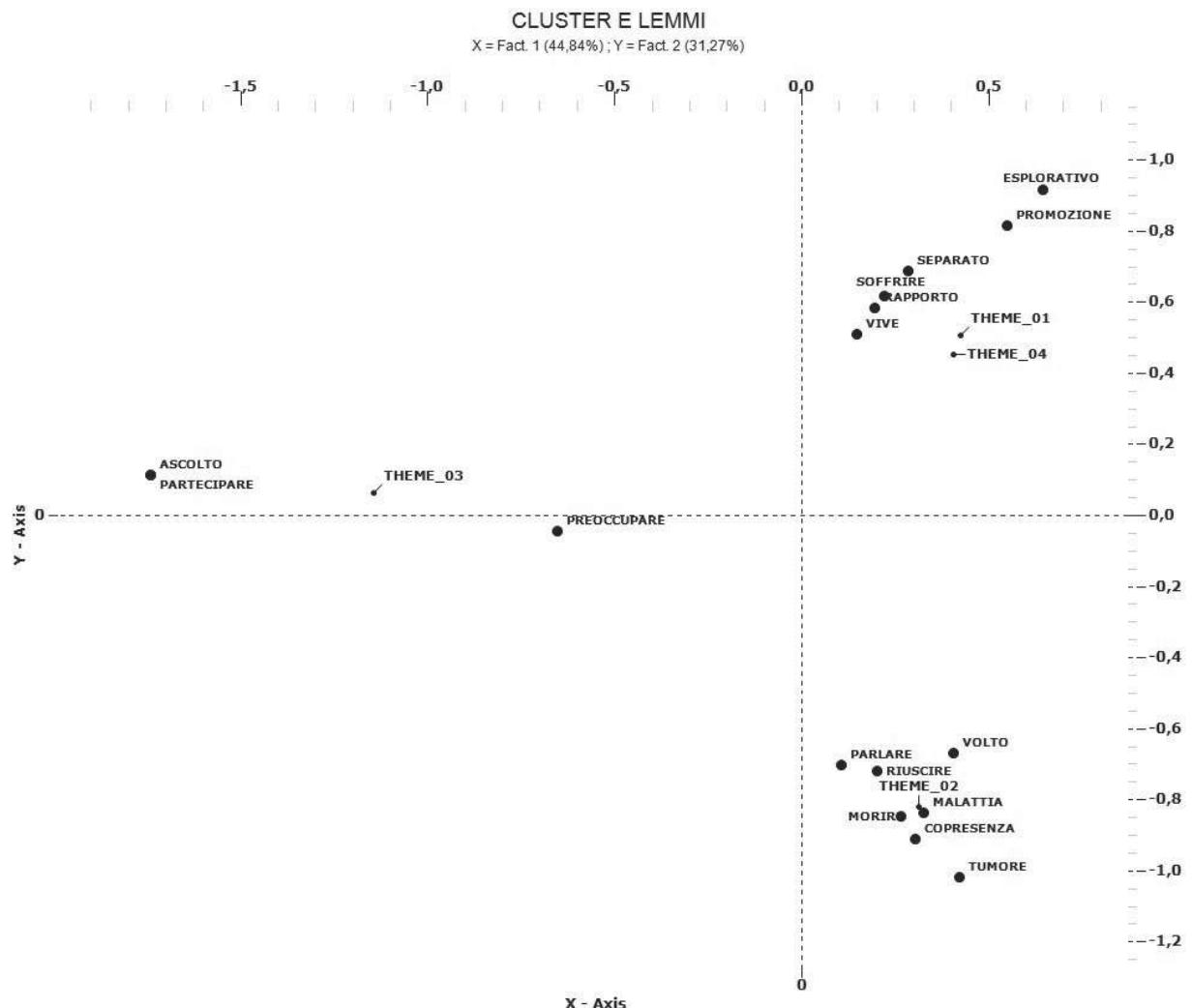
4 Risultati

L’analisi effettuata ha evidenziato quattro cluster tra loro chiaramente distinti;

osservando la FIG. 1, si può facilmente apprezzare, infatti, come le parole dei testi considerati tendano ad occupare alcune zone specifiche dello spazio fattoriale.

FIGURA 1

I Cluster e alcune parole ad essi associate

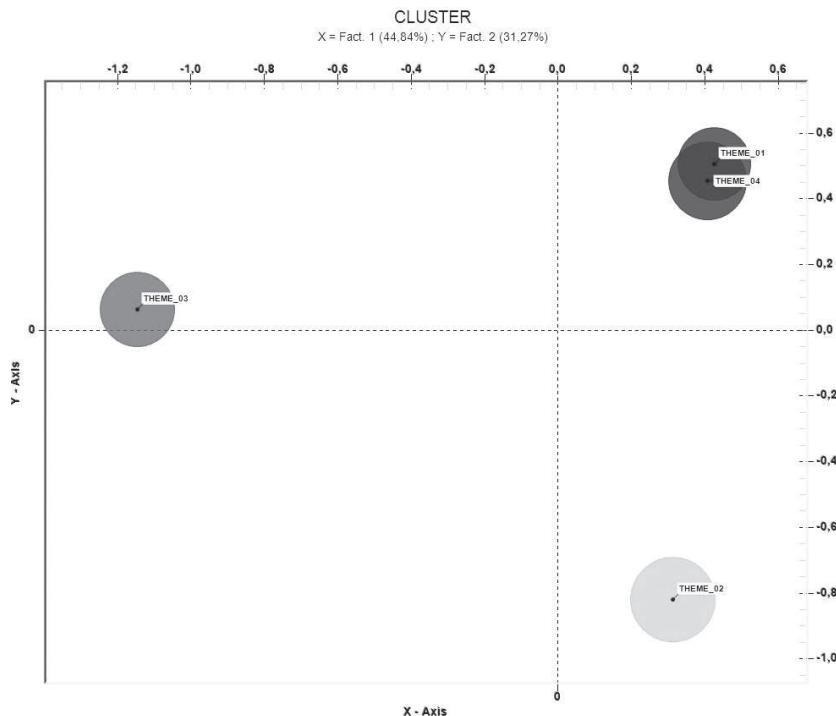


Legenda: la figura mostra 2 degli assi (X ed Y) risultati dalla Analisi delle Corrispondenze. Nei quadranti individuati dagli assi si collocano i 4 cluster evidenziati dall' Analisi dei Contesti Elementari ((Theme_1, Theme_2, Theme_3, Theme_4)). La figura segnala anche alcune parole (localizzate nello spazio attraverso un puntino) tra quelle che hanno formato l'isotopia dei cluster. Come si vede, infine, restando sul piano delimitato dagli assi X e Y i cluster 1 e 4 sono difficilmente distinguibili.

La FIG. 2 mostra, invece, la collocazione dei cluster rispetto agli assi X e Y, mentre la FIG. 3 evidenzia come il terzo asse (Z) risulti significativo solo per distinguere i cluster 1 e 4 che, rispettivamente, si collocano in Z+ e in Z-. Nella FIG. 4 è possibile osservare lo spazio fattoriale in tre dimensioni e la collocazione dei cluster in esso.

FIGURA 2

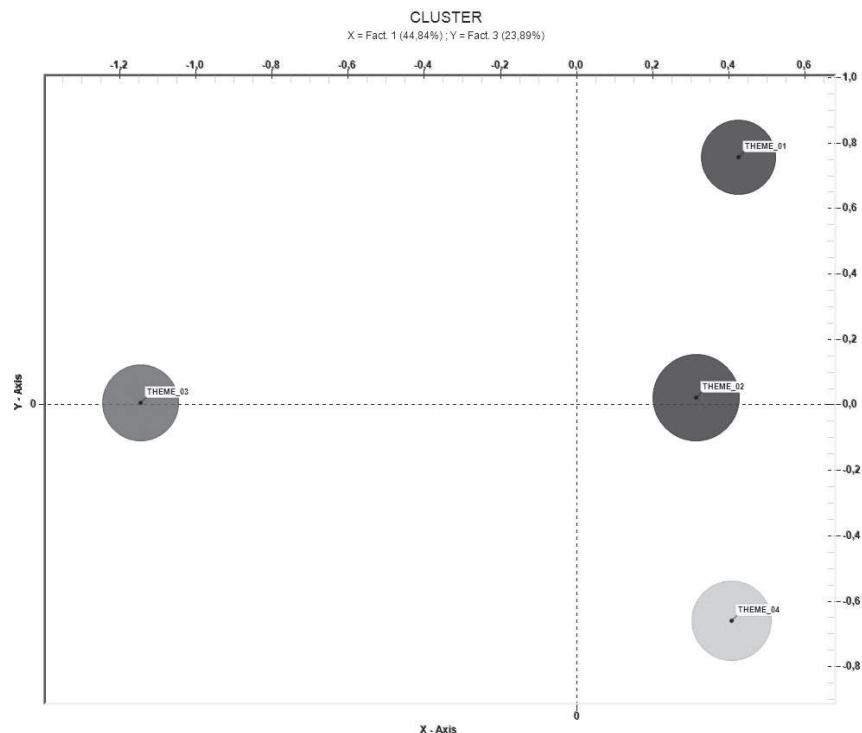
I cluster rispetto agli assi X e Y



Legenda: la figura mostra i 4 cluster evidenziati dall'elaborazione del corpus posto in analisi, e la loro collocazione nello spazio fattoriale. In questa figura è possibile apprezzare la grandezza dei cluster e constatare che il cluster 2 è il più grande dei 4. Come nella figura precedente, d'altra parte, si nota la sovrapposizione dei cluster 1 e 4.

FIGURA 3

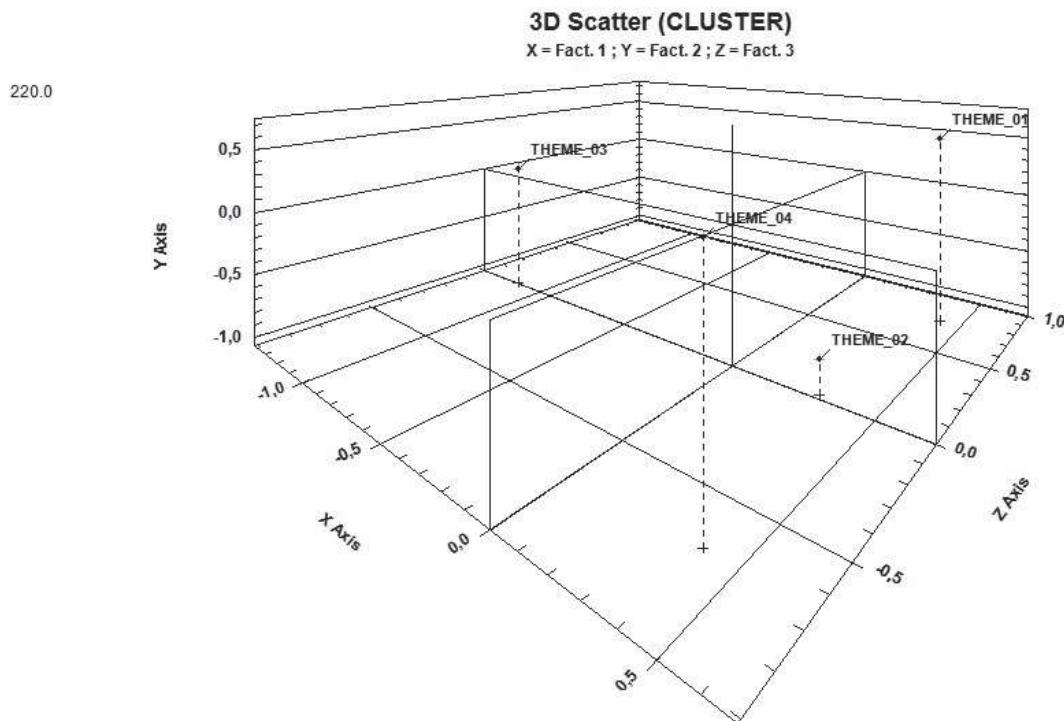
I cluster rispetto agli assi X e Z



Legenda: nella figura si mostra la posizione dei cluster rispetto agli assi X (asse orizzontale) e Z (asse verticale). Ciò che si evidenzia è l'utilità dell'asse Z nel differenziare i cluster 1 e 4 che, nella figura 2 appaiono sovrapposti.

FIGURA 4

Lo spazio fattoriale in tre dimensioni e i cluster in esso collocati



Legenda: la figura consente di visualizzare quanto già espresso nelle figure 2 e 3. Mentre, però, queste ultime sono rappresentazioni sul piano, in questo caso si può osservare la collocazione dei cluster in una rappresentazione tridimensionale dello spazio fattoriale.

I risultati forniti dal software, nel caso dei cluster, rappresentano delle isotopie geometriche, che si esprimono attraverso localizzazioni di vicinanza all'interno dello spazio considerato. Tali isotopie, sul piano semantico, portano a considerare che ogni parola è portatrice di un significato, non necessariamente univoco, che tende a specificarsi nell'ambito delle altre parole in cui essa è inserita. Da questo punto di vista, i raggruppamenti di parole evidenziati dal software, non sono semplicemente una somma di parole, ma costituiscono un nuovo testo, diverso dalle resocontazioni originarie ma comunque riferito ad esse, che si è costruito anche in ragione delle scelte operate dal ricercatore (ci si riferisce alla scelta delle parole, come verrà esplicitato più avanti nella lettura dei cluster). Tale testo, così come quello evidenziato nella polarità degli assi, secondo l'ipotesi formulata da Carli (2001; Carli, Paniccia, 2002) può essere interpretato come la cornice simbolico-emozionale che sottende la stesura delle resocontazioni originarie.

4.1. Gli assi fattoriali

Gli assi fattoriali, nelle loro due polarità, sono caratterizzati dalle seguenti parole:
X-: Ascolto, Partecipare, Preoccupare;
X+: Esplorativo, Promozione, Casa, Padre, Valorizzazione, Paura, Tumore, Co-presenza;

Y-: Copresenza, Morire, Malattia, Tumore, Parlare, Riuscire, Occupare, Paura, Problemi, Moglie;

Y+: Esplorativo, Promozione, Soffrire, Separato, Rapporto, Vive, Genitore, Casa);

Z-: Promozione, Separato, Casa, Vive, Straniero, Genitore);

Z+: Esplorativo, Soffrire, Rapporto, Moglie, Valorizzazione, Occupare).

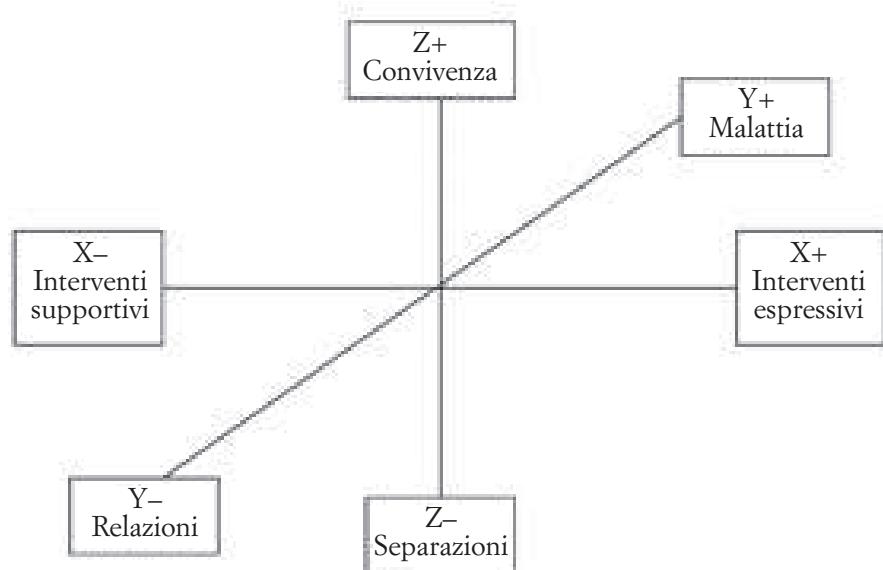
Nel considerare le parole, appare subito evidente la loro ripetitività nelle definizioni dei diversi assi. Ciò nonostante sembra possibile individuare per ciascuno un tema unitario che spieghi la presenza di ogni asse e dia ragione delle due polarità.

In particolare, possiamo considerare il fattore X come quello che differenzia gli interventi psicologici proposti, distinguendo una prospettiva più supportiva espressa da X- da una più espressiva polarizzata in X+.

Il fattore Y, invece, sembra segnalare le diverse problematiche incontrate, distinguendo nel polo negativo le questioni legate alla malattia e nel polo positivo quelle connesse con le relazioni.

Il fattore Z, infine, che come abbiamo detto consente di distinguere i due cluster posti nel quadrante X+/Y+, sembra differenziare le problematiche relazionali legate al tema della separazione (Z-) dalle questioni di ordine relazionale legate al tema della convivenza (Z+) (FIG. 5).

FIGURA 5
Interpretazione delle polarità degli assi



Legenda: la figura indica l'interpretazione attribuita alle polarità, positive e negative, degli assi scaturiti dalla Analisi delle Corrispondenze. Nello specifico, l'asse X può essere inteso come il continuum su cui si distribuiscono i diversi interventi realizzati dalle psicologhe partecipanti alla sperimentazione. L'asse Y come la retta su cui si collocano le diverse problematiche rispetto alle quali le psicologhe sono intervenute e l'asse Z come quello che consente di differenziare tra le problematiche di relazione prese in considerazione dalle psicologhe.

4.2. I cluster

Vediamo, ora, quali tematiche vengono suggerite dalle parole che compongono i cluster. Di seguito, per ogni cluster, varranno segnalate le parole ritenute maggiormente significative per il loro valore semantico rispetto al tema suggerito da tutto l'insieme delle parole presenti nel cluster; tali parole sono state valutate anche in base alla loro vicinanza al centromero (Chi^2) e alla rilevanza percentuale che hanno in quel cluster piuttosto che in altri.

Il *cluster 1* trae origine da 89 contesti elementari su un totale di 400; esso è posizionato in X+, Y+, Z+ ed è caratterizzato dalle seguenti parole: Esplorativo, Soffrire, Rapporto, Conflittuale, Sposato, Panico, Gemello, Incomprensione, Invicchiato, Alimentare, Simbiotico.

Le parole sembrano confermare il significato attribuito agli assi e, di conseguenza, il significato attribuibile allo spazio considerato.

Si può ritenere, infatti, che i termini del cluster 1 si riferiscano alle diverse problematiche legate alle relazioni di convivenza, soprattutto di ordine familiare, affrontate attraverso interventi di tipo esplorativo (TAB. 2).

TABELLA 2
Esempi delle resocontazioni (CE) che hanno contribuito alla costruzione del cluster 1

**** *PSI_1 *ETA_20 *SES_FEM

Viene accompagnata dalla madre, preoccupata per il suo rendimento scolastico. Lo scorso anno frequentava la seconda media ed è stata bocciata. La madre pensa sia svogliata e per questo litigano spesso. Intervento esplorativo e successivo invio (logopedista) per una presunta dislessia. La diagnosi verrà poi confermata.

**** *PSI_2 *ETA_40 *SES_FEM

È in sindrome di pre menopausa, ma apparentemente non le importa perché non sembra stata mai interessata alla vita sessuale. È invece esasperata dalla suocera, con cui scopro ha un pessimo rapporto. Ci chiediamo se le due cose non siano collegate. Nel corso degli incontri ha maturato la volontà di avere dei colloqui individuali con me, non ancora stabiliti.

**** *PSI_3 *ETA_30 *SES_MAS

Libero professionista, si presenta perché sono ricominciati gli attacchi di panico (ne aveva già sofferto all'età di 15 anni), si sente stressato per il lavoro e la sua situazione economica, è inoltre molto preoccupato per la salute del padre con cui ha un rapporto conflittuale. Intervento esplorativo e di sostegno.

**** *PSI_4 *ETA_70 *SES_MAS

Soffre di asma da tanti anni, è sposato, ha due figli, ha un rapporto conflittuale con la moglie, acuito dal pensionamento. Intervento esplorativo.

Legenda: la tabella mostra alcuni contesti elementari e le variabili che li identificano (nella stringa: psicologa resocontante, età e sesso del paziente che si è rivolto al medico di Medicina Generale ed ha ricevuto anche un intervento psicologico in copresenza).

Il *cluster 2* trae origine da 117 CE/400. Esso è posizionato nel quadrante X+, Y- ed è caratterizzato dalle seguenti parole: Morire, Copresenza, Tumore, Malattia, Riuscire, Insieme, Paura, Autostima, Consapevolezza.

In questo cluster, accanto alle parole che propongono un esplicito riferimento alla malattia del corpo, se ne trovano altre che sembrano indicare il lavoro compiuto grazie alla copresenza, allo stare insieme, ovvero grazie alla possibilità di trovare uno spazio per esprimere l'emozionalità legata all'evento malattia (TAB. 3).

TABELLA 3

Esempi delle resocontazioni (CE) che hanno contribuito alla costruzione del cluster 2

**** *PSI_I *ETA_40 *SES_FEM

Ha il terrore di morire, perciò si sottopone a continue visite specialistiche, oltre che di routine. Sia il padre che il marito hanno avuto un tumore; il padre è deceduto. Ha due figli e teme possa accadere qualcosa anche a loro. Intervento volto al contenimento e superamento delle angosce di morte.

**** *PSI_2 *ETA_50 *SES_FEM

Ha sempre dimostrato resistenza nell'effettuare una colon scopia di controllo per familiarità al tumore al colon. Dopo aver esplorato la sua angoscia di morte, ha fatto l'esame.

**** *PSI_3 *ETA_50 *SES_FEM

Soffre di cefalea emicranica senza aurea. Sposata con 2 figli, la sorella soffre di un disturbo alimentare misto, sente di non riuscire ad esprimersi e pensare un pò a se stessa, tutti si appoggiano a lei, riferisce di sentirsi " piena ". È l'unico momento_in_cui parla un pò di sé.

**** *PSI_4 *ETA_40 *SES_FEM

È appena diventata madre, è molto felice ma al tempo stesso molto provata perché ha perso da poco sua madre, sconfitta da un tumore contro cui ha lottato per ben 23 anni. Dopo la morte della madre, suo padre ha avuto un ictus. Dice di reggere tutto e bene, però ultimamente ha paura di fare la stessa fine della madre. Intervento di elaborazione del lutto e di valorizzazione delle risorse.

Legenda: la tabella mostra alcuni contesti elementari e le variabili che li identificano (nella stringa: psicologa resocontante, età e sesso del paziente che si è rivolto al medico di Medicina Generale ed ha ricevuto anche un intervento psicologico in copresenza).

Il *cluster 3* trae origine da 94 CE/400 e si colloca nel quadrante X-, Y+. Si tratta del raggruppamento che contiene il minor numero di parole: Ascolto, Partecipare, Preoccupare, Diabetica, Conoscere, Lamentare.

In questo caso si può ritenere che le parole atte a definire l'area di intervento siano *preoccupare* e *lamentare*, due termini che segnalano le situazioni in cui chi si rivolge al medico esprime la propria impotenza, ma anche il proprio bisogno di coinvolgere l'interlocutore per ottenere un controllo delle situazioni problematiche o, più semplicemente, per condividere e confermare il senso di impotenza (TAB. 4).

TABELLA 4

Esempi delle resocontazioni (CE) che hanno contribuito alla costruzione del cluster 3

***** *PSI_1 *ETA_50 *SES_FEM

È preoccupata per il figlio di 18 anni. Ha interrotto gli studi e teme frequenti brutte compagnie. Intervento di ascolto partecipato.

***** *PSI_2 *ETA_60 *SES_FEM

È preoccupata per il figlio che ha vissuto il terremoto dell'Aquila e riferisce di esserne rimasto terrorizzato. Mi rendo disponibile a conoscere il figlio, ma non verrà.

***** *PSI_3 *ETA_70 *SES_FEM

Si sente esaurita, si lamenta delle tante disgrazie della sua vita, le sono morti 2 nipoti e il fratello (in circostanze diverse), il marito e la figlia non la sostengono, dice che le parlano sopra e le fanno scordare le cose. Intervento di ascolto partecipato.

***** *PSI_3 *ETA_60 *SES_FEM

Diabetica, vive male la separazione del figlio con la moglie, è molto preoccupata per i suoi nipoti. Intervento di ascolto partecipato.

Legenda: la tabella mostra alcuni contesti elementari e le variabili che li identificano (nella stringa: psicologa resocontante, età e sesso del paziente che si è rivolto al medico di Medicina Generale ed ha ricevuto anche un intervento psicologico in copresenza).

Il *cluster 4* trae origine da 100 CE/400 e si colloca nel quadrante X+, Y+, Z-. Esso è caratterizzato dalle seguenti parole: Promozione, Risorse, Separare, Genitore, Straniero, Convivenza, Autonomia, Incinta, Permettere, Ricominciare.

La collocazione di questo cluster, come già evidenziato, lascia ritenere che il suo nucleo semantico sia rintracciabile nel termine *separare* e che gli altri termini siano indicatori dei diversi contesti in cui tale nucleo si esprime, nell'aspettativa e nella difficoltà di dar vita ad un nuovo corso (TAB. 5).

Sino ad ora, come si è visto, si è attribuito senso alla co-occorrenza delle parole cercando di individuare l'area di intervento segnalata dalle resocontanti. È utile, però, sottolineare che, in ogni cluster, le prime parole sono quelle che si riferiscono alla tipologia di intervento realizzato: ciò consente di creare un collegamento tra area considerata ed intervento psicologico proposto. Così, al cluster 1, relativo alle problematiche di ordine familiare, si associano interventi di tipo esplorativo, mentre nel cluster 2, che ci parla delle tematiche legate alla malattia, sembra che anche la sola copresenza sia stata utile per riorganizzare la narrazione dei diversi interlocutori. Nel cluster 3, l'ascolto partecipato si associa alle tematiche di preoccupazione, mentre il cluster 4, relativo alle questioni di separazione, suggerisce una partecipazione maggiormente attiva, volta alla promozione delle risorse.

Nel complesso, si può ritenere che la presenza delle psicologhe sia stata proposta in modo discreto, fondandosi, nella maggior parte dei casi, sulla possibilità di conoscere, ascoltare, esserci. Ciò appare comprensibile se si pensa

alla fase di sperimentazione che, al di là delle singole situazioni, ha confrontato i diversi interlocutori con l'organizzazione di un nuovo setting, nel quale la partecipazione di una nuova presenza (psicologa) attende di essere riconosciuta e richiesta.

TABELLA 5

Esempi delle resocontazioni (CE) che hanno contribuito alla costruzione del cluster 4

**** *PSI_I *ETA_40 *SES_FEM

È laureata, ha preso diversi master ma non riesce a trovare un lavoro che le permetta di essere indipendente. Vive, perciò, ancora a casa con i genitori. Pensa di soffrire d'ansia. Intervento volto al rafforzamento dell'autostima.

**** *PSI_4 *ETA_60 *SES_FEM

Viene spesso e sempre nei giorni di compresenza. Separata da un marito violento, sta cercando di ricominciare a vivere. Intervento di sostegno e di promozione delle risorse. Nei 3 anni è migliorata parecchio.

**** *PSI_4 *ETA_60 *SES_FEM

Separata, ha un figlio che è rimasto nel suo paese di origine. In Italia da diversi anni, lavora come badante, non ha molte amicizie. Cardiopatica, lo studio del medico di base è per lei un punto di riferimento. Intervento di sostegno e promozione delle risorse.

**** *PSI_4 *ETA_30 *SES_FEM

Si è sposata perché è rimasta incinta, vivono con i suoceri perché non possono permettersi una vita indipendente. Intervento di promozione delle risorse.

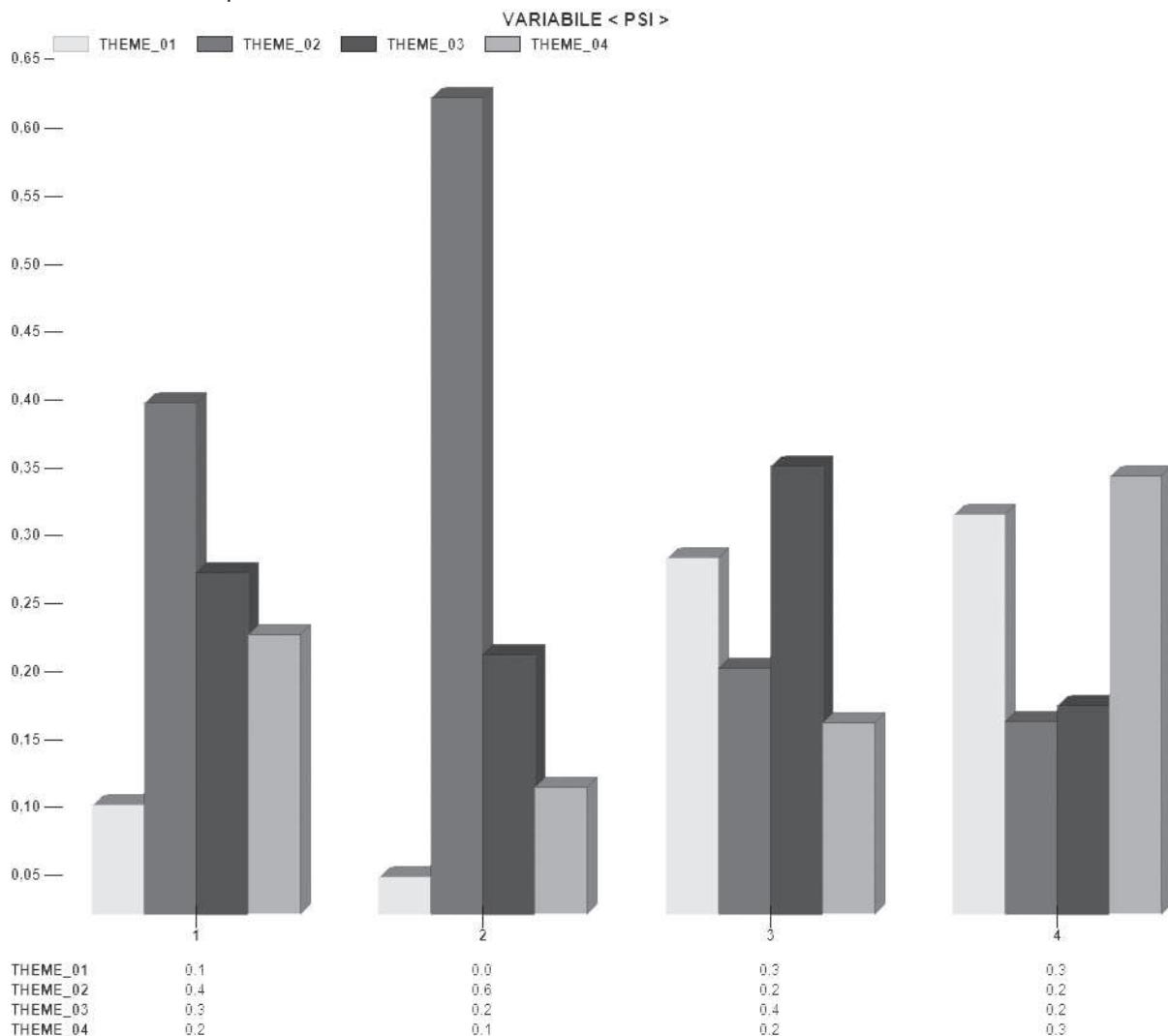
Legenda: la tabella mostra alcuni contesti elementari e le variabili che li identificano (nella stringa: psicologa resocontante, età e sesso del paziente che si è rivolto al medico di Medicina Generale ed ha ricevuto anche un intervento psicologico in copresenza).

Ritornando alla FIG. 3, d'altra parte, è facile evidenziare come 3 cluster su 4 si collocino nei quadranti di destra (cluster 1, 2 e 4), mentre solo il cluster 3 è posto a sinistra. Tale contrapposizione spaziale può ora essere interpretata considerando che l'intervento psicologico, sul versante espressivo (polarità positiva dell'asse X), è stato realizzabile a prescindere dal contenuto della richiesta, ovvero sia che il tema portante fosse la malattia (CL 2) sia che si trattasse di relazioni problematiche (CL 1 e 4). La dimensione che abbiamo definito più supportiva, ma che in realtà sembra caratterizzata solo da un ascolto partecipante, si è avuta nelle situazioni in cui l'interlocutore non cercava una soluzione quanto piuttosto un contenitore delle proprie lamentele e delle proprie preoccupazioni (CL 3). Ciò se, da una parte, sottolinea come l'intervento psicologico sia stato possibile anche in presenza di una richiesta di ordine somatico, dall'altra ribadisce l'idea che esso può realizzarsi solo se l'interlocutore ha interesse a cercare una soluzione per la propria problematica.

Un'ultima considerazione, a proposito dei cluster, ci viene suggerita dalla FIG. 6, nella quale si evidenzia la relazione tra singola psicologa resocontante e clusterizzazione.

FIGURA 6

Diagramma a barre relativo al rapporto tra le resocontazioni delle singole psicologhe e la loro collocazione nei 4 cluster



Legenda: la figura presenta quattro diversi diagrammi a barre. Ognuno di essi è relativo ad una delle psicologhe resocontanti ed indica la percentuale con cui, ognuna di loro, ha contribuito alla costruzione dei singoli cluster.

Come si può osservare, la distribuzione dei cluster non è uniforme e ciò appare particolarmente evidente se si confronta la psicologa 2 con la psicologa 4. Ciò suggerisce ipotesi diverse: si può supporre che le configurazioni siano dovute al confronto con bacini di utenza tra loro non omogenei, ma si può anche ipotizzare che la diversa distribuzione dei cluster sia dovuta al modo di guardare all'oggetto osservato, evidenziando in un caso le dimensioni relazionali (psicologa 4) e

nell'altro le problematiche somatiche (psicologa 2). Se si prendono in considerazione i luoghi in cui è stata condotta la sperimentazione si è portati ad avallare la prima ipotesi: la psicologa 2, infatti, è l'unica ad aver operato presso uno studio medico di Rieti, mentre le altre tre hanno lavorato a Roma. In questa prospettiva, se si suppone un isomorfismo tra le richieste rivolte al medico e gli interventi psicologici proposti, si può ritenere che la FIG. 6 indichi come la richiesta rivolta ai medici di Medicina Generale si diversifichi a seconda del contesto, ovvero sia orientata da ciò che, localmente, si ritiene di pertinenza medica.

La configurazione della psicologa 4, d'altra parte, può assumere uno specifico significato se si considera che detta psicologa ha formulato 243 resocontazioni, ovvero più del doppio di quelle scritte dalle altre. Ciò porterebbe a supporre che abbia assunto un filtro meno selettivo, nel valutare l'utilità di un intervento psicologico nelle situazioni incontrate, forse proprio perché ha orientato la propria attenzione soprattutto sugli aspetti di relazione.

5 Conclusioni

La presente ricerca è nata dall'interesse ad esplorare le tematiche che, trasversalmente alle singole psicologhe resocontanti e alle singole resocontazioni, potevano essere evidenziate.

L'analisi ha permesso di comprendere quali aree del disagio, confluite alla medicina di base, siano state intercettate dalle psicologhe che hanno partecipato alla sperimentazione e quali interventi siano stati proposti. Non sembra emergere, invece, la questione dei risultati conseguiti che pur è presente in alcune resocontazioni.

L'analisi condotta ha identificato quattro aree tematiche chiaramente distinte tra loro.

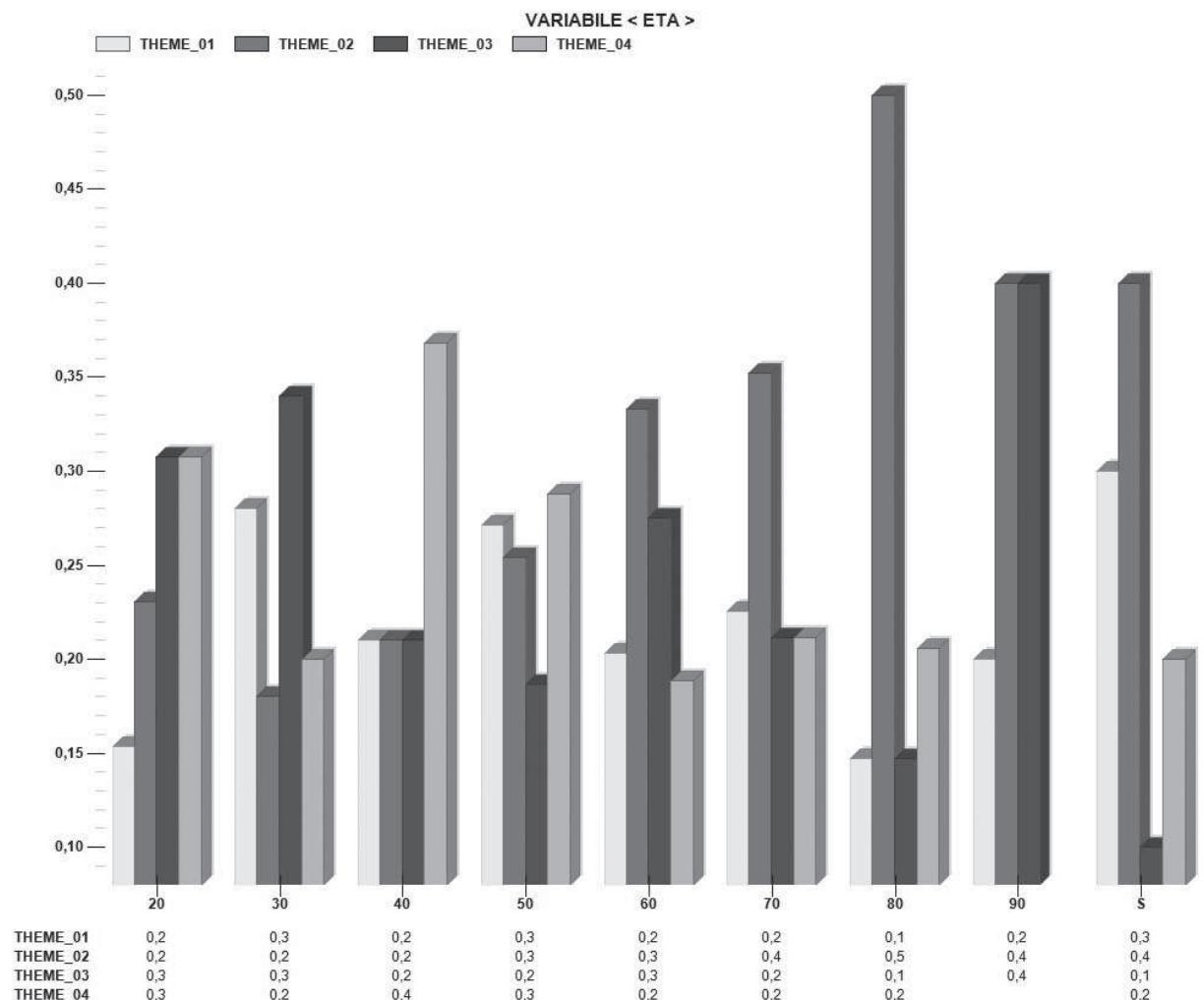
Di queste solo una (cluster 2) pone esplicito riferimento al disagio somatico, ma poiché non si conosce la popolazione di riferimento, ovvero il numero dei pazienti incontrati dalle psicologhe, nella loro frequentazione dello studio medico, e le problematiche da questi presentate, non è possibile proporre considerazioni di ordine quantitativo. Sul piano qualitativo, piuttosto, la presenza dei cluster 1, 3 e 4, sembra avallare l'ipotesi che gli studi di medicina generale siano luogo per l'espressione dei disagi, non necessariamente di ordine somatico, formulati dalla popolazione. Leggendo le resocontazioni, infatti, si può ritenere che gli studi dei medici di Medicina Generale siano considerati, da chi li frequenta, come i luoghi deputati a *prendersi cura* della popolazione e che la veste somatica della richiesta sia, in alcuni casi, solo la chiave d'accesso al luogo.

La presenza dei quattro cluster, comunque, porterebbe ad avallare, in accordo con la letteratura internazionale, l'utilità di una presenza psicologica accanto al medico di Medicina Generale, utilità riscontrabile nella possibilità di cogliere

la complessità della richiesta sia essa di ordine somatico o di altro ordine. Come è stato già evidenziato (cfr. PAR. 4.2), per altro, nel corso della sperimentazione in analisi, la realizzazione di un intervento psicologico di carattere espressivo (versante positivo dell'asse X) prescinde dal contenuto della problematica presentata.

FIGURA 7

Diagramma a barre relativo al rapporto tra fasce di età dei pazienti e cluster



Legenda: la figura mostra 9 diagrammi a barre, uno per ogni fascia di età considerata. Per ognuna è possibile osservare l'incidenza dei cluster. Il cluster 2, ad esempio, cresce con l'età, mentre il cluster 4 è presente, in modo peculiare, nelle fasce 20, 40 e 50. Ancora, il cluster 3 presente soprattutto nelle fasce 20 e 30 riemerge nella fascia 90, là dove non si manifesta più il cluster 4.

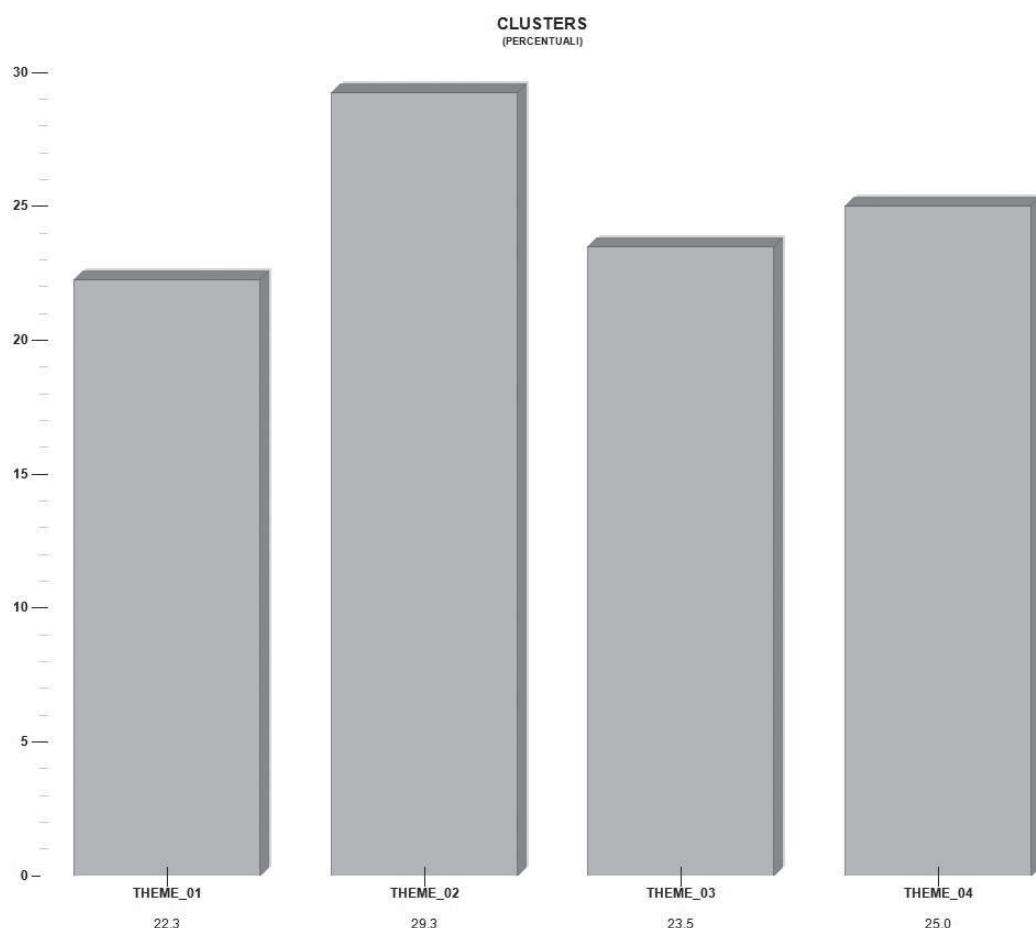
In questa ottica può essere utile tornare a considerare la FIG. 1 e con essa un elemento già evidenziato: la numerosità delle resocontazioni rispetto alle fasce di età. Come abbiamo detto, la maggior parte delle resocontazioni si riferisce alla fascia d'età 35-44, e successivamente alla fascia d'età 55-64. La FIG. 7 mostra la distribuzione dei cluster nelle diverse fasce ed evidenzia come nel primo caso (35-44) il cluster più presente sia il 4 (come nella fascia d'età ≤ 24), mentre nel

secondo (55-64) sia il 2. La numerosità delle resoconti, pertanto, non sembra legata al tema considerato; si può supporre, piuttosto, che le due fasce d'età abbiano, a fattor comune, l'essere *età di passaggio* rispetto a stagioni diverse della vita ed è probabilmente a questo che si può imputare la maggiore attenzione delle psicologhe, legate ad un'ottica di prevenzione del possibile disagio.

Le suggestioni che la presente analisi suggerisce, pur ribadendo la necessità di integrare sguardi diversi nella formulazione degli interventi, richiederebbero un ampliamento della sperimentazione.

Sarebbe utile, ad esempio, contare su un numero più ampio di psicologi resocontanti, ed arrivare a selezionare gli studi medici interessati alla sperimentazione anche attraverso la loro posizione geografica (ad esempio, pensando alla città di Roma, quartieri abitati da una popolazione più giovane vs quartieri che presentano una popolazione più anziana, nell'ottica di studiare le eventuali differenze nelle richieste dei diversi territori e l'opportunità di interventi realizzabili anche in rete con altri servizi).

FIGURA 8
Istogramma relativo alla grandezza dei cluster



Legenda: la figura mostra, in termini percentuali, la quantità dei CE confluiti nei diversi cluster. In questo senso rappresenta la grandezza dei singoli cluster.

Si potrebbe pensare, inoltre, all'utilità di tenere un *doppio registro*, nel quale annotare tutte le situazioni incontrate, distinguendo tra quelle in cui non si è ritenuto utile intervenire, segnalando le ragioni, da quelle in cui si è proposto un intervento. Non conoscendo, infatti, la numerosità della popolazione di riferimento non è possibile proporre considerazioni di ordine quantitativo e confrontare la realtà italiana con quanto evidenziato in altri paesi. Nella presente ricerca, ad esempio, se si considera la FIG. 8, che presenta il peso percentuale dei singoli cluster, si può osservare che, sommando il peso dei cluster 1, 3 e 4, si ottiene una percentuale complessiva di 70,8.

Ciò indurrebbe ad ipotizzare che in Italia sia possibile riscontrare quanto evidenziato in America da Gatchel e Oordt (2003), ovvero che il 70% delle problematiche presentate al medico di Medicina Generale sono di ordine psicosociale. Attualmente, però, lo si può solo ipotizzare, poiché la percentuale da noi riscontrata si basa sulle resoconti e non sulla popolazione di riferimento.

In conclusione, dunque, l'apprezzamento per un lavoro (Solano, 2011) che rende effettivamente fruibile al lettore quanto è stato realizzato, si accompagna al suggerimento di ampliare le informazioni riportate, indicando la popolazione di riferimento e i risultati conseguiti nelle singole situazioni.

Riferimenti bibliografici

- Berenson R. A., Devers K. J., Burton R. A. (2011), *Will the patient-centered medical home transform the delivery of health care?*, in <http://www.rwjf.org/qualityequality/product.jsp?id=72660>.
- Bolasco S. (1999), *Analisi multidimensionale dei dati: metodi, strategie e criteri d'interpretazione*. Carocci, Roma.
- Bray J. H. (2004), Training primary care psychologists. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 11, 2, pp. 101-7.
- Carli R. (2001), *Culture giovanili: proposte per un intervento psicologico nella scuola*. Franco Angeli, Milano.
- Carli R., Paniccia R. M. (2002), *L'analisi emozionale del testo: uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Franco Angeli, Milano.
- Cubic B., Mance J., Turgesen J. N., Lamanna J. D. (2012), Interprofessional education: preparing psychologists for success in integrated primary care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 19, pp. 84-92.
- Derksen J. (2009), Primary care psychologists in the Netherlands: 30 years of experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 5, pp. 493-501.
- Gatchel R. J., Oordt M. S. (2003), *Clinical health psychology and primary care: practical advice and clinical guidance for successfull collaboration*. American Psychological Association, Washington.
- James L. C. (2006), Integrating clinical psychology into primary care settings. *Journal of clinical psychology*, 62, 10, pp. 1207-12.
- Kaslow N. J., Graves C. C., Smith C. O. (2012), Specialization in psychology and health care reform. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 19, pp. 12-21.

- Kroenke K., Mangelsdorff A. D. (1989), Common symptoms in ambulatory care: incidence, evaluation, therapy and outcome. *American Journal of Medicine*, 86, pp. 262-6.
- Lancia F. (2004), *Strumenti per l'analisi dei testi. Introduzione all'uso di T-Lab*. Franco Angeli, Milano.
- McDaniel S. H., LeRoux P. (2007), An overview of primary care family psychology. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 14, pp. 23-32.
- Miller B. F., Mendenhall T. J., Malik A. D. (2009), Integrated primary care: an inclusive three-world view through process metrics and empirical discrimination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 16, pp. 21-30.
- Nash J. M., McKay K. M., Vogel M. E., Masters K. S. (2012), Functional roles and foundational characteristics of psychologists in integrated primary care. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 19, pp. 93-104.
- Rozensky R. H. (2006), Clinical psychology in medical settings: celebrating our past, enjoying the present, building our future. *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 13, pp. 343-52.
- Skillings J. L., Murdoch W. J., Porcerelli J. H. (2010), "I fired my last doctor for not taking me seriously": collaborating with a difficult medical patient in a multidisciplinary primary care facility. *Journal of Personality Assessment*, 92, 6, pp. 533-43.
- Solano L. (a cura di) (2011), *Dal sintomo alla persona: medico e psicologo insieme per l'assistenza di base*. Franco Angeli, Milano.

Abstract

In the international context, there are many experiences about the collaboration between Primary Care and Psychology. In Italy, this cooperation is promoted by the School of Specialization in Health Psychology of the Sapienza University of Rome, which has been performing an experimental protocol in this area since 2000. In a recent publication the practice reports ($n = 564$) of 4 psychologists, who participated to this experimental protocol between 2008-10, has been reported by Solano (2011). In this study 516 reports related to the interventions carried out in co-presence by the physician and the psychologist were selected in order to understand the dimensions organizing the narrations. They underwent a text analysis performed with a computer software package (T-Lab) through a factorial and cluster analysis. These analysis aim to highlight the problems presented by patients and the tools used by psychologists. In particular, four intervention areas were detected: two related to relational problems, one in somatic problems, and a fourth related to the need of reassurance about self-concerns or the need to complain about personal condition. In the first three cases expressive interventions were used while, in the fourth case, supportive ones.

Key words: *primary care, psychology, reporting, text analysis.*

Articolo ricevuto nel settembre 2012, revisione del gennaio 2013.

Le richieste di estratti vanno indirizzate a Barbara Cordella, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Sapienza Università di Roma, via degli Apuli 1, 00185 Roma; tel. (+39) 0644427599; e-mail: barbara.cordella@uniromar.it.