

La compassione e la regolazione emozionale

Partendo dalle emozioni che i pazienti suscitano nel medico si descrivono i meccanismi di regolazione emozionale e la Compassion Focused Therapy, che agisce su di essi per aumentare la compassione verso di sé e gli altri

Stefano Alice, Mara Fiorese, Maurizio Ivaldi - *Medicina Generale, Genova*

A chi sostiene che provare compassione per il paziente è imprescindibile per curarlo bene viene chiesto quasi sempre: *“Quando la persona che dovremmo assistere non suscita in noi compassione, ma emozioni come ansia, rabbia, tristezza, quando ci fa perdere la pazienza, cosa dovremmo fare?”* Per rispondere a questa domanda, premesso che le emozioni si scatenano automaticamente e che non possiamo sceglierle, dobbiamo chiederci se e come sia possibile mutare uno stato emotivo, che giudichiamo inadeguato alle circostanze. Innanzitutto, sappiamo cosa sono, come nascono ed a cosa servono le nostre emozioni, quelle che gli antichi filosofi chiamavano passioni? In passato si disponeva solo di informazioni ottenute grazie a studi sugli animali e all’osservazione degli esiti nell’uomo di traumi cerebrali e di interventi neurochirurgici; attualmente ci vengono in soccorso più recenti acquisizioni neurofisiologiche, ottenute grazie al *brain imaging*.

► Meccanismi neuroendocrini di regolazione emozionale

A livello cerebrale possiamo individuare almeno tre meccanismi neu-

roendocrini di regolazione emozionale.

Ognuno di essi ha un suo specifico compito, ma interagiscono, stabilendo un equilibrio, bilanciandosi. Studi di neuroanatomia comparata consentono di capire in che ordine cronologico, filogenetico abbiano fatto la loro comparsa nella storia dell’evoluzione.

Uno dei più antichi è un sistema - i cui componenti anatomofunzionali principali sembrerebbero essere le aree posteriori dell’ipotalamo, l’ipocampo, l’amigdala (nuclei laterale, basale e centrale), la sostanza grigia periacqueduttale mesencefalica e l’ipofisi - il cui compito è quello di riconoscere rapidamente potenziali minacce e di farci provare emozioni, come la rabbia, l’ansia e il disgusto, che sono dipendenti dal cortisolo, dalla serotonina, dall’adrenalina e dalla noradrenalina, la cui utilità è quella di prepararci a rispondere con la lotta o la fuga o la sottomissione (*threat-safety focused*).

La nostra sicurezza dipende dalla rapidità della risposta ad una potenziale minaccia; la si deve al fatto che l’amigdala riceve dal talamo le informazioni sensoriali prima che esse arrivino alla cortec-

cia, quindi la risposta emotiva si verifica senza la necessità di aspettare una valutazione cognitiva di ciò che sta accadendo.

E’ l’amigdala, localizzata nel lobo temporale, ad indurre direttamente, oltre alle reazioni vegetative e ormonali, quelle automatiche motorie, tipicamente le espressioni facciali e la postura “da combattimento”, mediante l’attivazione dei gangli della base.

Un altro sistema che ha i suoi principali componenti a livello paleoencefalico è quello il cui compito è indurci a cercare ciò che serve alla sopravvivenza dell’individuo e della specie ed al nostro appagamento (ad esempio cibo, sesso, alleanze, status), facendoci sentire - grazie alla dopamina - motivati, eccitati e pieni di energia (*incentive-resource focused*); i neuroni che ci spingono a cercare si trovano nell’area tegmentale ventrale, sono in contatto sinaptico con l’ipotalamo dorso-laterale e terminano al *nucleus accumbens*, inoltre si portano verso l’alto al giro del cingolo anteriore e ad altre aree corticali dei lobi frontali, mentre verso il basso si dirigono all’amigdala.

Il sistema di regolazione più recente, è quello che più dipende

dai rapporti del sistema limbico con la neocorteccia cerebrale e ha la funzione di promuovere i comportamenti sociali affiliativi, di integrazione all'interno di un gruppo (*affiliative focused*), facendoci provare, grazie all'endorfina e all'ossitocina, calma, sicurezza, benessere; è dal nostro neocortice, specialmente dai neuroni specchio tipici della corteccia motoria ma presenti anche in aree diverse come l'ippocampo e la corteccia temporale, che dipende la nostra capacità di immedesimarci nelle altre persone, di empatizzare con loro, comprendendone le emozioni grazie al fatto che le proviamo direttamente ancora prima di capirle cognitivamente; è questo il meccanismo biologico che ci predispone a far parte di una società, al quale si debbono le emozioni sociali (ad esempio la compassione, la gratitudine, l'ammirazione), che favoriscono l'individuo, spingendolo a creare legami interpersonali di cooperazione, che promuovono anche l'unità, la coesione e la sopravvivenza del gruppo di cui è membro.

L'importanza della corteccia cerebrale per le emozioni sociali è ampiamente confermata dalla neurotraumatologia: è noto che danni nella regione prefrontale compromettono la capacità di provare le emozioni sociali, senza danneggiare le facoltà cognitive; fa parte della storia della medicina il caso di Phineas Gage, un operaio statunitense che nel 1848, subita una lesione dei lobi frontali a causa di un infortunio sul lavoro, si trasformò dal brav'uomo che era in una persona aggressiva e inaffidabile.

Abbiamo scelto questa schematizzazione perché tra tutte quelle proposte in letteratura è la più

semplice e perché è quella proposta da Paul Gilbert, professore emerito di Psicologia Clinica all'università di Derby (UK), padre della terapia basata sulla compassione (*Compassion Focused Therapy - CFT*), che nel caso che stiamo esaminando, quello del medico nel quale il paziente non suscita compassione ma emozioni negative, dovrebbe avere come obiettivo inibire il sistema di protezione dalle minacce e stimolare il sistema affiliativo e calmante.

► Classificare le emozioni...

Del resto anche se non c'è accordo su come classificare le emozioni e neppure sul loro numero, si può dare per acquisito che:

1. sono risposte adattive, universali, anche se la cultura condiziona e differenzia il modo di esprimerle;
2. hanno basi biologiche precise, anche se molto più complesse di quanto si credeva, perché basate su reti di circuiti, che si riorganizzano costantemente;
3. la nostra risposta agli stimoli emotivi varia a seconda del nostro stato dell'umore.

Esistono quindi ragioni fisiologiche ben precise, per cui, durante il nostro lavoro di cura, può occasionalmente capitarci di provare emozioni inappropriate nei confronti dei pazienti: non è colpa nostra, funzioniamo così, occorre esserne consapevoli ed accettarlo (*emotional validation*), per non vergognarci e logorarci (*burnout*) con autocritiche eccessive.

A tutti i medici capitano pazienti aggressivi e rivendicativi; chirurghi, ginecologi e ortopedici vengono ingiustamente accusati di aver compiuto gravi errori professionali; non di rado psichiatri e medici di fami-

glia cercano di contenere pazienti il cui attaccamento patologico si manifesta con comportamenti assillanti e invadenti; sono casi in cui è normale provare le emozioni caratteristiche del sistema di protezione dalla minaccia (*threat-safety focused*): ansia, rabbia, disgusto.

► Strumenti per influenzare le nostre emozioni

Premesse le ragioni per cui è giusto, oltre che necessario per il nostro benessere, avere un atteggiamento compassionevole verso noi stessi, possiamo imparare ad influenzare le nostre emozioni: è possibile calmare l'ansia rallentando la respirazione e il *Compassionate Mind Training*, messo a punto da Paul Gilbert, ci insegna ad utilizzare l'immaginazione, la fantasia, il ragionamento, la meditazione, la capacità di non divagare con la mente verso pensieri lontani dal momento attuale (*mindfulness*) e i ricordi per attivare il sistema di regolazione emozionale affiliativo e calmante (*affiliative focused*), che a sua volta influenza pensiero ed immaginazione in maniera positiva, creando un circolo virtuoso della compassione e della gentilezza.

La *Compassion Focused Therapy* sta dando buoni risultati nel Regno Unito, dove è nata, soprattutto per la cura dei disturbi da stress.

Riteniamo che per i medici che hanno difficoltà relazionali legate alle emozioni sia fondamentale ricordare che imparare a tollerarle ed accettarle non è meno importante del tentativo di cambiarle.

Bibliografia

- Gilbert P. *Compassion focused therapy. Distinctive features*. Routledge, London, 2010.