

Il cuore sotto il camice

**Counseling come supporto professionale e personale
agli operatori sanitari**

Di Anna Bernardi

**Formazione Professionale in Breath-Work Counselling
Terzo anno**

**Insight
Scuola di Counselling a Mediazione Corporea
Milano**

Indice

Prefazione Questa sono io.....	pag 3
Introduzione	pag 6
Capitolo 1 Cosa. Di che cosa parliamo	pag 8
Elementi di base e principali modelli di riferimento	
1.1 Elementi di counseling e ambito sanitario.....	pag 9
1.2 Empatia.....	pag 10
1.3 Autenticità e congruenza.....	pag 14
1.4 Accettazione incondizionata.....	pag 16
1.5 Quale counseling.....	pag 18
1.5.1 Il counseling centrato sulla persona o counselling rogersiano	pag19
1.5.2 Il counseling psicodinamico.....	pag 20
1.5.3 Modello cognitivo- comportamentale.....	pag21
1.5.4. Modello sistemico.....	pag 23
1.6 La relazione interpersonale comunicazione ed emozioni	pag 24
1.6.1 La comunicazione	pag 25
1.6.2 Emozioni.....	pag 32
Cha cos'è una emozione	pag 33
Emozioni e mondo sanitario...pag	34
La paura	pag 36
La tristezza	pag 37
La vergogna.....	pag 39
La collera	pag.43
1.7 I bisogni	pag 45
Che cos'è un bisogno e a che cosa serve.....	pag 45
Perchè e necessario lavorare sui bisogni nelle professioni sanitarie.....	pag 49
Capitolo 2 Il Burn-Out	pag 51
Capitolo 3 Dove. Con che contesto dobbiamo confrontarci..	pag 55
3.1 La vita di reparto.....	pag 55
3.2 Medici e infermieri.....	pag 58
3.3 Una questione di tempo.....	pag 60
Capitolo 4 Come e quando. Come agire per essere bene accolti e essere efficaci.....	pag 63
4.1 Addestrare gli operatori.....	pag 63
4.2 I percorsi di counseling.....	pag 64
4.3 E' tempo di counseling.....	pag 64
Conclusioni. Il tramonto è l'alba	pag 65
Bibliografia.....	pag 66

Prefazione

Questa sono io

Carl Rogers apre il suo libro ' La terapia centrata sul cliente ' con un capitolo intitolato "Questo sono io" ed io mi permetto di emularlo, solo nel titolo, perché in questo mio scritto non si troverà il rigore scientifico e forse neppure sempre il rigore intellettuale che classicamente troviamo nelle tesi a cui ci abituiamo durante il percorso scolastico. Questa tesi è solo la mia interpretazione dei fatti ed è dunque per me essenziale dare poche coordinate che permettano a chi la legge di navigare nel mio territorio senza arenarsi o perdersi.

Sono una donna di trentasette anni nata e cresciuta a Reggio Emilia in una famiglia altamente politicizzata e socialmente impegnata e fin da piccola ho frequentato quegli ambienti che un tempo si chiamavano "circoli intellettuali" e che facevano del pensiero e della parola, non sempre collegandoli fra loro, degli Dei o quasi. Siccome poi l'adolescenza mi ha assalito come una belva inferocita, io ho preso la strada più reattiva che ho individuato. Ho frequentato l'Istituto Tecnico Agrario con gran dolore per tutti! E siccome l'adolescenza in me si è prolungata, ho continuato la mia protesta sociale lasciando l'università dopo un solo anno e un unico esame per iscrivermi alla scuola infermieri (allora non c'era ancora la laurea). A volte però i meccanismi di difesa sono efficaci e funzionano perché io mi sono trovata improvvisamente a percorrere la mia strada! " Voglio fare l'infermiera" è il titolo della mia tesi di diploma e credo che dica tutto.

Ho fatto l'infermiera ma siccome l'adolescenza con i suoi turbamenti sembrava non avere mai fine (anagraficamente ero già oltre !) ed io non mi sentivo abbastanza appagata contro i miei genitori e gruppo sociale, ho optato per la fuga! Sono andata a vivere nell'unico posto dove sapevo mia madre non avrebbe voluto e dove non sarebbe venuta: a Roma.

Ma i miei meccanismi di difesa e dunque di sopravvivenza funzionavano davvero bene nella loro bizzarria e nella fuga ho trovato la mia grande opportunità di crescita: la depressione e la malattia e con loro la psicoterapia e, mi

scoccia anche dirlo, i seminari di crescita personale che la New Age produceva! E ancora una volta ero sulla mia strada.

Volevo ancora fare l'infermiera, ma non più come la scuola mi aveva detto che bisognava farla, ma in un modo diverso che allora non conoscevo ma che intuitivo dovesse passare per il corpo, la sua conoscenza e la sua cura come elemento dominante. Ho scoperto la riflessologia e la medicina tradizionale cinese.

Idee nuove, cure nuove, filosofie nuove che rompevano il mio legame con la scienza classica e il materialismo.

Per fortuna l'adolescenza è finita e, pezzetto dopo pezzetto, una donna in erba si è affacciata a questo nuovo mondo. Un'infermiera, fuori dell'ambiente ospedaliero che toccava piedi ai suoi pazienti!

Qualsiasi cosa facessi mi rendevo però conto che non potevo esimermi dall'entrare in relazione con le altre persone e che forse nemmeno lo volevo. E' stato in questo momento che ho incontrato prima le tecniche di PNL ed altre che definirei di tipo cognitivo e poi il Breathwork-counseling. Prima di tutto ho lavorato con tenacia su di me e poi mi sono resa conto che era possibile migliorare la qualità del mio lavoro applicando tecniche e atteggiamenti simili a quelli che iniziavo ad applicare a me stessa anche con gli altri, fino ad arrivare a scoprire che quello che voglio davvero fare ora è il counselor.

Siccome nelle mie vicissitudini di vita ho imparato che, per quanto faticoso sia, i fili spezzati è vantaggioso ricucirli, nel mio cassetto si è andato a depositare il sogno di poter fare il counsellor nell'ambito che più amo, quello sanitario, non tanto o non solo per gli utenti, ma proprio per supportare quelli che continuo a considerare i miei colleghi: gli infermieri.

Così è nato il progetto di questa tesi e chi mi ha permesso di incontrare amici e colleghi che nel periodo della fuga avevo perso di vista e di fare un ordine più preciso dei miei intenti. Ma quello che per me più conta è che questa tesi significa avere aperto un cassetto dove era contenuto un sogno e aver iniziato a dargli forma e vita.

Mi sento di ringraziare quanti mi hanno accompagnata fin qui, dalle mie caposala didattiche della scuola infermieri ai miei insegnanti e maestri di vita, a tutti coloro che mi

hanno fornito materiale bibliografico e umano per quest'elaborato.

Ma più di tutti debbo ringraziare mia madre e mio padre che mi hanno sostenuta sia intellettualmente, rendendomi una mente libera, che materialmente, fornendomi sempre tutto quello che mi serviva anche quando non capivano e, cosa ancora più straordinaria, quando non approvavano.

E infine a Juri, l'altra metà del mio cielo.

Introduzione

Se mi chiedete che lavoro faccio in automatico vi rispondo “infermiera” anche se in realtà è già alcuni anni che mi occupo più di relazione che di infermieristica (anche se chi leggerà questa tesi si renderà conto che le due cose sono per me decisamente integrate). Per questo a coronamento di questo percorso per diventare counselor ho deciso di scrivere di infermieri, medici e operatori sanitari in genere. Molta della bibliografia che ho incontrato si occupa di relazione tra paziente e medico/infermiere, di come il counseling migliori il percorso di cura per pazienti e famigliari, di come principi del counseling possano diventare competenze di medici e infermieri. Poco è stato detto invece sul counseling per gli operatori sanitari, argomento su cui mi soffermerò maggiormente in questo mio elaborato e che sarà il mio punto di osservazione.



Spesso ancora oggi chi si occupa per professione della cura degli altri è solo in mezzo a una moltitudine di manette esattamente come in questa immagine di Florence Nightingale.

E' davvero difficile che le persone si chiedano come stia il medico che comunica, per fare un esempio, la diagnosi di cancro a un ventenne. Eppure quel medico non è nulla di più di un essere umano (anche se a volte tenta di elevarsi all'Onnipotente!) e che come tale usa strategie emotive per tutelarsi dal dolore, per appagarsi, per essere amato e stimato, per essere insomma il più felice possibile. Ma cosa succede nei tanto temuti reparti di ospedale, ambulatori e luoghi di cura in genere, da rendere oggi gli operatori del settore fra le categorie più “detestate” dalla gente? Perché i medici sono insensibili, gli infermieri sempre scocciati e

le operatrici sanitarie maleducate? Ma soprattutto come è possibile tentare di rimediare a questo andamento?

Queste sono le domande a cui tenterò di rispondere, o meglio i temi su cui rifletterò, nelle pagine seguenti. Lo farò con la convinzione che il counseling sia uno strumento efficace per rispondere all'ultima delle domande che mi sono fatta, azzardando anche una serie di riflessioni su quali sono i principali temi su cui intervenire.

Tutta la tesi parte da esperienze, riflessioni e percezioni mie che ho cercato di sostenere con la ricerca bibliografica (o come oggi si usa dire con prove di evidenza!) . Anche affrontando le tematiche più generali come la comunicazione o i modelli di riferimento ho voluto tenere come punto di riferimento l'ambito sanitario e come la vita degli operatori sanitari e la loro professionalità possa trarre vantaggio dal counseling. Questo ha inevitabilmente comportato una grossa selezione degli argomenti e una altrettanto grossa operazione di sintesi che, pur essendo al servizio dei miei obiettivi, mi pare sostanzialmente onesta.

Un'ultima precisazione linguistica. Talvolta parlerò di cliente, nel senso Rogersiano del termine e talvolta di paziente nel vero senso della parola, ovvero colui che soffre, patisce. Farò questo quando parlerò delle persone che si rivolgono alla sanità perchè davvero patiscono e nella mia mappa interiore questa definizione non li colloca certo al di sotto di me.

Capitolo 1

Cosa

Di che cosa parliamo?

Penso sia importante ricordare qui una definizione di counseling che ci permette di evidenziare i legami con l'ambito sanitario. Molte sono ormai le definizioni di autorevoli autori tutte vere nel senso che tutte orientate a dare risalto a uno o più aspetti particolari dell'attività di counseling. Ho scelto di usare quella di S.I.Co. perché credo sia quella che meglio si presta a supportare tutti gli aspetti e le possibilità del counseling in ambito sanitario.

“ L'intervento di Counseling può essere definito come la possibilità di offrire un orientamento o un sostegno a singoli individui o a gruppi, favorendo lo sviluppo e l'utilizzazione delle potenzialità del cliente. All'interno di comunità, quali ospedali, scuole, università, aziende, comunità religiose, ecc., l'intervento di Counseling è mirato da un lato a risolvere nel singolo individuo un conflitto esistenziale o il disagio emotivo che ne compromettono un'espressione piena e creativa, dall'altro può inserirsi come elemento che agevola la comunicazione tra struttura e dipendente”

Dal mio punto di vista il counseling è prima di tutto un modo di essere necessario a tutti coloro che in qualche modo svolgono una professione di aiuto o una professione educativa ma è anche una professione con competenze e ambiti specifici che si indirizza a tutti quei soggetti che per vari motivi sono in difficoltà momentanea nella loro vita e non riescono più a fare appello a risorse che però possiedono.

E' bene dunque distinguere l'applicazione del counseling in ambito sanitario da parte di counselor, ovvero professionisti del counseling, e applicazione di elementi del counseling nell'ambito della propria professione da parte di professionisti sanitari.

Nel primo caso si parla proprio dell'intervento diretto o indiretto del professionista in tutti gli ambiti propri della sanità in cui il counselor si relaziona al paziente o al

professionista in forma singola o di gruppo in modo da accompagnarlo nello sviluppo di capacità di comunicazione e relazione più efficaci per lui.

Nel secondo caso l'intervento del counselor può essere mirato a educare i professionisti sanitari in modo che applichino alcuni elementi propri del counseling così da rendere più efficace e più efficiente la loro specifica professione.

Elementi di base e principali modelli di riferimento

1.1 Elementi di counseling e ambito sanitario

Direi che il counseling in questo senso è sì l'applicazione di una serie di strumenti di cui parlerò ma è soprattutto da intendersi nell'accezione prima che ne ho dato nella mia introduzione e all'inizio del capitolo: un modo di essere.

Infatti debbo essere molto onesta, le caratteristiche per essere un buon counselor riportate più o meno da tutti gli autori, sono le stesse che tanti anni fa erano richieste nelle scuole infermieri per diventare un bravo infermiere, almeno nella teoria.

Due anni fa circa mi è capitato di peregrinare con mio nonno per diversi reparti dell'ospedale della mia città. Ho incontrato medici, infermieri, operatori socio sanitari, fisioterapisti, addetti alle pulizie, receptionist talvolta simpatici e talvolta notevolmente antipatici. Quando mi capitavano i secondi la risposta alla mia meraviglia e alla mia rabbia, che si trasforma quasi sempre in proteste e ricerca di spiegazione negli appositi uffici, è sempre stata "Porti pazienza è fatto/a così...". A parte non appagare assolutamente il mio innato bisogno di rivalsa, non mi sembra la migliore delle scuse per qualsiasi operatore in ambito sanitario, nemmeno per quei medici che "... sono però tanto bravi!" perché l'aspetto relazionale è parte integrante della cura e del prendersi cura propri delle professioni sanitarie, ovvero una competenza specifica che non può esserci o non esserci. Sarebbe come dire che un chirurgo è tanto bravo ad aprire e asportare un tumore ma

non è capace di cucire per cui l'orribile cicatrice è qualcosa che gli si può perdonare!

Ad avvallare questo mio pensiero chiamo in causa l'Organizzazione Mondiale della Sanità che definisce la salute *“uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità”* (OMS, 1948) dando all'uomo che si rivolge agli esperti della salute un valore molto più ampio che non quello di “oggetto rotto da aggiustare”.

Non mi immagino qui la figura idealizzata e romantica del perfetto medico e dell'ancora più perfetto infermiere perché so per esperienza quanto difficile sia lavorare con gente che soffre e quale carico di stress emotivo e fisico porti, dopo tutto questa tesi parla proprio di questo. Mi immagino invece figure professionali preparate e competenti anche nell'ambito di comunicazione e relazione messe in condizione di fare del loro meglio.

Come ogni altra competenza professionale l'abilità relazionale si può acquisire per esempio attraverso l'apprendimento e l'applicazione degli elementi di counseling e sono convinta che debba divenire obbligo formativo per medici, infermieri, operatori socio sanitari in prima battuta e poi anche per coloro che in altra forma ruotano intorno al sistema sanitario, cosa che in effetti sta avvenendo almeno per quanto riguarda i corsi di laurea in scienze infermieristiche e i corsi di aggiornamento.

Ma quali sono questi elementi? Provo a darne un piccolo quadro legandoli il più possibile all'ambito sanitario e in particolare alle difficoltà che possono suscitare nel professionista.

1.2 Empatia



E' per me significativo che questa parola sia entrata nel mio vocabolario professionale non attraverso il counseling

ma attraverso l'infermieristica, perché pur essendo la prima qualità che Rogers descrive come necessaria per un counselor è anche una qualità essenziale per un infermiere e io credo anche per un medico, un fisioterapista, una ostetrica, un volontario ospedaliero.

Si parla di empatia definendo quella abilità per cui sentiamo quello che l'altro sente, vediamo il modo come lo vede l'altro mettendoci nei suoi panni, "come se" fossimo Lui/Lei e dove questo "come se" ci permette di non fonderci o confonderci con l'altro, ci permette di non identificarci con l'altro, mantenendo lo sguardo esterno anch'esso necessario nella relazione di aiuto.

Purtroppo non molti hanno esperienza d'infermieri o medici empatici e credo che questo avvenga anche perché l'empatia non si apprende in modo teorico ma con la pratica, con i tirocini, le supervisioni, cosa ancora mancante nella maggior parte della formazione e nella vita professionale di medici e infermieri. Quello che succede, quello che anche io ho vissuto, è che i primi tempi ci si fonde con quello che accade all'altro e allora, per sopravvivere a emozioni, sensazioni, molteplicità di punti di vista, spesso difficili da sopportare, col tempo ci si corazza, si sta lontano dalla relazione o si "soccombe", ci si brucia. Eppure quel "come se" è possibile da imparare come tutti i counselor fanno indipendentemente dal modello e dalla scuola che hanno frequentato.

Ma perché un medico o un infermiere dovrebbero essere empatici? Chi ci dice che farebbero meglio il loro lavoro?

Su questo il dibattito può diventare ampio e io mi concedo solo due riflessioni assolutamente frutto della mia esperienza personale. La prima la faccio nei panni del paziente la seconda in quelli dell'infermiera.

Alcuni anni fa ho avuto dei problemi di salute che mi hanno portata a innumerevoli visite e consulti. In uno di questi incontri, se così si possono definire, un illustre primario (in Svizzera, per spostare un po' fuori dalla nostra Nazione il problema!) in quindici minuti mi ha visitata e mi ha comunicato che non aveva idea di cosa esattamente fosse successo alla mia colonna vertebrale ma era necessario fare un intervento risolutivo cambiandone alcuni *pezzetti*, altrimenti sarei rimasta su una sedia a rotelle *tra i trenta e i trentacinque anni, nulla di complicato* a parte una

degenza di un paio di mesi in clinica e *un annetto* ferma a letto. Le parole in corsivo sono i termini che mi sono rimasti più impressi. Quello che mi preme sottolineare è che in quindici minuti non ha chiesto nulla di me, lavoro, stato civile, difficoltà economiche o altro. Non mi ha mai guardata negli occhi per vedere se piangevo o altro, mi ha solo stretto la mano alla fine dell'incontro dicendomi "ci vediamo in clinica". Io mi sono più volte immaginata un incontro con un po' più di empatia e un medico che prima di dirmi tutto ciò mi dicesse una frase del tipo "la situazione è complessa e a mio parere richiederebbe un intervento di sostituzione di alcuni elementi della colonna vertebrale e che le descriverò con esattezza nel caso decidesse di farlo, lei cosa fa adesso nella vita... ha qualcuno che la possa sostenere in un caso del genere che comporta una degenza lunga e una lunga convalescenza?... ha delle cose da chiedermi, vuole sapere qualcosa su quello che a mio parere potrebbe essere il decorso della sua malattia?"

E' chiaro che ci sarebbe voluto un pò più di un quarto d'ora ma non sono certa che fosse solo questo il problema, forse quel medico non era in grado di supportare e sopportare eventuali paure, emozioni o idee differenti dalla sua. In me l'effetto è stato di rifiuto totale della possibilità da lui propostami senza nessuna ulteriore indagine. In questo caso un po' più di empatia da parte sua mi avrebbe permesso di riflettere meglio, indagare meglio la proposta prima di rifiutarla (o forse accettarla, non so) prendendomi comunque più in carico la mia salute.

Il secondo esempio lo faccio come professionista. Nella mia esperienza di tirocinio presso il reparto malattie infettive di Reggio Emilia ho imparato davvero tanto da un punto di vista tecnico ma, sopra ogni altra cosa, da un punto di vista umano e relazionale. Dopo alcuni giorni che ero nel reparto, perfetta e austera come si conviene a una professionista, un ragazzo ricoverato per una "sovrainfezione in soggetto con HIV", mentre mi avvicinavo per cambiare la flebo mi ha chiesto "ce l'hai con noi perchè siamo ex tossici o perchè abbiamo l'AIDS?". Ovviamente io ho risposto che non c'è l'avevo con loro, che non mi sembrava di essere stata scortese e me ne sono andata scocciata dalla stanza. Ho passato due giorni d'inferno, mi sentivo frustrata, incapace, volevo cambiare reparto e avrei

ucciso tutti i miei colleghi. Poi il caso ha voluto che al mio rientro in reparto il paziente fosse stato trasferito in camera singola, segno di aggravamento e, questo lo sapevo perfettamente, di entrata in quella fase che si dice terminale. Non voglio annoiare coi dettagli ma sta di fatto che mi sono trovata ad un certo punto sola con lui nella stanza, completamente indifesa e col terrore che mi chiedesse qualcosa delle sue condizioni e, con l'intento di cambiare discorso, ho detto "a proposito della domanda dell'altro giorno mi dispiace se ti ho offeso non mi sono resa conto di essere stata scortese". Lui mi ha risposto in un modo che debbo dire porterò sempre con me, "non sei stata scortese è che non solo non hai mai sorriso ma non mi hai chiesto nulla, neppure il nome". Sono stata in quella stanza quasi mezz'ora, e molto di più nei giorni successivi prima che se ne andasse, e ne sono uscita ammettendo che li detestavo perché si erano drogati e adesso tutti soffrivano per loro ma sapendo anche che quello era un problema mio e non loro. I giorni successivi ho sperimentato emozioni di una potenza incredibile, ho lavorato sentendomi sicura come mai fino allora mi era capitato e alla fine di quel tirocinio ho richiesto di potere svolgerne un secondo in quello stesso reparto. Dunque l'apertura empatica non solo è stata utile alle persone che dipendevano dalle mie cure ma è stata utile a me come professionista perché ho lavorato meglio.

Al di là della mia esperienza, che pure ritengo significativa anche se non una evidenza scientifica, molti autori ritengono che in ambito sanitario una umanizzazione dei professionisti porti ad un miglioramento del servizio e mettono l'empatia tra le abilità di base per tale umanizzazione.

Dawn Freshwater distingue una empatia di base ed una empatia avanzata. 'L'empatia di base è associata con l'inizio di una relazione di aiuto e la costruzione della fiducia. L'empatia avanzata di solito viene sperimentata quando la relazione è stata instaurata e implica una considerevole profondità nella comprensione tra i due individui'¹ e più avanti scrive '*[...]gli infermieri vedono i*

¹ Dawn Freshwater "Le abilità di counselling, percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostetriche" ed. McGraw-Hill

*pazienti come oggetti per riuscire ad affrontare l'ansia intensa che una relazione così intima potrebbe causare.'*²

E quest'ansia esiste davvero ed è anche vero che non puoi vivere mille lutti ed uscirne indenne. Allora l'esercizio di quel "come se" è indispensabile così come avere un luogo, che i counselor chiamano supervisione, dove depositare tutto ciò che dentro non ci sta più.

1.3 Autenticità e congruenza



E' questa una delle caratteristiche richieste ad un counselor davvero difficile da ottenere. Il counselor deve tendere ad essere se stesso in modo genuino, sincero nella relazione. E' applicabile questo principio anche nelle professioni sanitarie? E soprattutto serve davvero al cliente e al professionista? In senso puramente filosofico e generale penso di sì e molti autori ne parlano, ma nella pratica è sicuramente molto difficile per vari motivi. In ambito sanitario i professionisti, tutti, sono visti dagli utenti come i detentori del sapere e del potere ed è per questo che diamo loro fiducia e depositiamo la nostra vita nelle loro mani. Certo nella società ideale e immaginaria questo non dovrebbe essere del tutto vero ma è necessario lavorare con ciò che c'è. Quello che spesso si incontra è un paziente che vuole un medico sempre in forma, un infermiere a sua disposizione un sistema che non abbia lacune. In fondo, vista da un punto di vista differente da quello professionale, se mi rivolgo al dottore è perché sto male, non ho voglia di sentire che anche l'altro sta male o che ci sono magagne organizzative, anzi per lo più lo investo del potere di guarirmi, e anche del dovere, ovviamente. Ogni "caduta" del professionista mi fa sentire insicuro e mi infastidisce. Inoltre non è trascurabile che molti pazienti non vogliono sapere nulla della loro situazione o che i loro parenti non vogliono che sappiano

² Idem

nulla dando non poco filo da torcere alla congruenza. Quante arrampicate sugli specchi! Ma come sappiamo il non verbale non mente e quello che il paziente vede non potrà essere certo arte di congruenza!

Il paziente si accorge che non gli viene detto tutto, che c'è qualcosa che non va, talvolta si innervosisce e perde fiducia, sì, come diciamo noi, incattivisce. E il professionista? Il professionista si chiude per non fare trasparire ma sa e porta dentro. Il professionista sparisce per non farsi "scoprire" e a volte non è neppure consapevole che sta scappando. Fallo una, due, tre volte ma poi quando le volte che ciò accade non sono più numerabili, lo stress è elevatissimo, la compressione di ciò che si prova e si conosce dentro di se è a volte insostenibile e ogni professionista, null'altro che uomo sapiens, fa quello che può. Si difende e cronicizza i suoi meccanismi di difesa usandoli anche quando non sono necessari. Ovviamente in questa sede debbo generalizzare e semplificare ma le sfaccettature sono mille. Allora come essere autentici e congruenti? Non ho risposte, io non le ho mai, ma ho una esperienza.

Lo scorso anno ho partecipato ad una serie di aggiornamenti sull'accompagnamento del malato a fine vita presso l'Hospice della mia città ed ho conosciuto medici e infermieri che in tal senso mi hanno insegnato molto. La prima cosa è che è già un buon inizio di autenticità e congruenza accettare che si hanno dei limiti fisici e psico-emotivi e che con molta chiarezza bisogna dire alle persone in carico che non si è sempre disponibili, ventiquattro ore su ventiquattro, ma che si hanno degli orari così come si hanno tempi di ferie, e tempi di pause. Dire alla persona, condividere! Due parole chiave che a me non erano state proprio dette! Altra cosa molto profonda a mio avviso è capire cosa la persona vuole. Se la persona vuole sapere o no perché, come sostengono quei medici e infermieri che si occupano di malati a fine vita, c'è anche il diritto a non sapere. E se la persona non vuole sapere il non dire non genera più incongruenza e non limita più l'autenticità. E' un accordo. Vi giuro che quando mi sono iscritta a questi corsi non avrei mai immaginato di trovare professionisti sanitari tanto sereni e così poco arrabbiati con il mondo e con l'organizzazione.

1.4 Accettazione incondizionata



Pur non essendo cattolica mi sono sempre chiesta come si deve essere sentita Maria Madre nel momento in cui ha saputo e accettato la venuta di un figlio con un destino già segnato e di quella portata. Non solo dunque l'incredulità e la meraviglia ma, alla fine, l'accettazione.

Accettare l'altro per quello che è, col suo modo di vedere e di sentire è sicuramente un ideale romantico ma nella pratica molto difficile da applicare anche in casa propria. Poniamo un immediato problema pratico di accettazione che ha riferito un medico esperto di trapianti del fegato che recentemente ha tenuto una conferenza di etica nella mia città. Come può porsi un chirurgo di fronte ad un paziente testimone di Geova disposto all'intervento che gli è necessario ma non alla trasfusione di sangue (che per il loro credo è inaccettabile)? Davvero difficile! E come si pone un infermiera di fronte all'assistenza a un uomo che magari è in carcere per stupro e in quel momento sta male? Davvero è possibile una accettazione incondizionata?. A mio parere sì, se si considera l'altro in reale diritto di determinare la propria vita e noi in grado di sostenere le nostre idee. Credo infatti che il non accettare l'altro in casi anche estremi sia la paura che i nostri valori, principi e modo di vita siano in pericolo ogni qualvolta l'altro è differente da noi nella morale e nello stile di vita. Ma, e su questo c'è nel counseling una chiarezza che non troviamo nella sanità, accettazione dell'altro non vuol dire che debbo condividere il suo modo di vita, di pensare o di credere. Debbo mettermi nell'ottica che per l'altro questo abbia un senso e una utilità. Posso, come operatore sanitario,

proporre un modello diverso, spiegare i danni che il suo stile di vita ha sulla salute ma debbo fare un passo in dietro qualora il paziente permanga nella sua idea. Fare un passo in dietro, per me e qui sottolineo che si tratta di una posizione individuale, non può volere dire sottrarsi alle responsabilità e ai doveri che nel scegliermi la professione ho deciso di assumermi. Significa accompagnare la persona nel suo progetto di vita se questo è efficace per lei anche se non lo è per me e talvolta anche se il suo progetto di vita va contro i miei precetti morali. Difficile? Sì, per esperienza personale debbo dire di sì e richiede un esercizio di una dote di cui, fra l'altro, io mi riconosco la carenza: l'umiltà. Avvicinare la persona e restarle accanto accettandola così com'è ci permette di avvicinarla e da questa vicinanza nasce la comunicazione ed anche la possibilità di essere ascoltati e, a volte, compresi. Allora potremo cambiare noi e cambiare alcune parti dell'altro, magari quelle deleterie per la sua salute o per la salute di chi gli sta accanto.

Io ho portato due esempi estremi. Ma in sanità ci si confronta anche con gocce significative. Che dire di un paziente che rifiuta medicine o interventi sanitari che per noi sono essenziali?

Che dire dei pazienti che hanno tradizioni differenti dalla nostra sulla malattia, il dolore, la morte?

Io sono una donna del Nord Italia che ha lavorato in clinica a Roma, bacino di utenza per persone del Centro Sud. L'espressione del dolore o del dramma, nonché le modalità di assistenza dei famigliari è molto differente da quella a cui ero abituata a Reggi Emilia. Per me è stata una difficile palestra e molte volte mi sono allontanata e ho giudicato con severità le persone che piangevano o urlavano per quello che per me era un nulla! Ora mi dico che ho veramente sprecato molta energia che avrei potuto destinare all'ascolto di quelle persone vivendo molto meglio i miei turni in corsia. Non solo, ma mi sento anche di dire che avrei potuto imparare a mio uso e consumo una cosa molto importante che è anche alla base di alcune modalità terapeutiche: urlare, piangere e strepitare contro l'universo quando si soffre è un ottimo modo per non fare la fine della pentola a pressione!

Quando la relazione è empatica e autentica l'accettazione dell'altro è molto più semplice perché, come se accadesse una magia, molto spesso l'altro diviene più tollerante e comprensivo del nostro essere semplicemente umani.

Vorrei qui dare una risposta ad una domanda che ogni tanto esce nei corsi di aggiornamento: perché sempre noi dobbiamo andare incontro agli altri? Perché noi dobbiamo essere empatici, autentici e accettanti quando ci troviamo di fronte a gente che ci aggredisce, dubita di noi, mente, e ci tratta male?

Forse perché noi siamo i professionisti, e con questo non intendo perché ci pagano. Noi abbiamo scelto quello che facciamo e abbiamo la responsabilità di andare verso l'altro, la responsabilità di aiutare. Anche su questo, dunque è importante riflettere di tanto in tanto nel corso della vita professionale.

1.5 Quale counseling

Orientarsi oggi fra i vari modelli di counseling non è facilissimo perché l'offerta è varia, ogni macromodello ne ha generati altri, ogni scuola, ogni ricercatore elabora strade nuove e sempre più specifiche. A mio avviso tutte hanno una validità e una specificità applicabili a seconda degli ambiti in cui ci si trova.

Gli elementi appena descritti sono tre elementi base del counseling, definiti già dal padre Carl Rogers, e ripresi più o meno da tutti i modelli o scuole di counseling che si trovano attualmente.

Per quanto riguarda l'ambito sanitario credo che la complessità e la settorialità che lo caratterizzano lascino spazio all'applicazione di tutti questi modelli sia da parte degli operatori che per gli operatori. Alcuni dei modelli a cui accennerò fra breve si prestano più a situazioni uno a uno, altri a gruppi, tutti comunque prevedono una formazione specifica e non improvvisata. I miei accenni servono solo come orientamento e come per ogni altro argomento seguono la logica di come possono essere utili in ambito sanitario e per gli operatori in particolare.

1.5.1 Il counseling centrato sulla persona o counseling rogersiano



Carl Rogers

Parto dal capostipite non solo perché mi sembra una coerenza strutturale per un elaborato di questo tipo ma anche perché è il mio modello di riferimento, quello che sperimento nel mio lavoro quotidiano e a cui sono più affezionata.

Rogers, e a volte questo si dimentica, era uno psicologo e il counseling è per lui un modo diverso rispetto alle scuole classiche di psicologia di approcciarsi alle persone, ai pazienti che lui chiamerà clienti. Affonda le sue radici teoriche e filosofiche nella psicologia umanistica ed ha come caratteristica peculiare, e per me strabiliante, di considerare le persone come portatrici in se stesse di tutte le risorse per risolvere i loro problemi, per uscire dalle crisi e ciò che il terapeuta, o nostro caso il counselor, fa è di portare a galla o mettere in movimento queste risorse. L'uomo è fondamentalmente sano. La relazione counselor/cliente è il mezzo principale per la crescita della persona con le sue tre caratteristiche appena descritte: empatia, autenticità, accettazione incondizionata. La principale tecnica che si usa in questo modello è la riformulazione proprio perché il più grande esperto del cliente è il cliente. Riformulare non significa ovviamente ripetere a pappagallo quello che l'altro dice ma rimandare alla persona aspetti o parole significative in modo che ascoltandole possa davvero porvi l'attenzione e ricollocarle magari in modo più efficace dentro di sé.

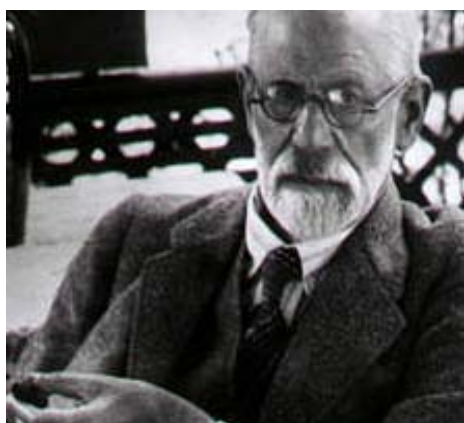
Rogers sposta l'attenzione dalla malattia o dal disagio psichico, alla persona e non è certo l'unico a fare questo. Altro importante rappresentante della psicologia umanistica

che ha grande importanza nel mondo sanitario fu Abram Maslow con la sua gerarchia dei bisogni che, per esempio, fa da base ad alcune importanti teorie infermieristiche.

Tornerò più avanti sui bisogni ed il loro riconoscimento e soddisfazione.

L'approccio centrato sulla persona si presta alla relazione uno a uno, cioè a un percorso individuale ma anche qui non mancano integrazioni e variazioni che permettono secondo questi principi il lavoro in gruppo. Questo modello, che potremmo anche chiamare umanistico esistenziale, comprende ad esempio il counseling gestaltico che nasce come lavoro in gruppo. Per quanto riguarda il mondo sanitario sono convinta che sia un'ottima risposta alle esigenze di alcuni clienti ed eccellente per gli operatori sanitari. Molto spesso medici e infermieri sono presi da una routine e sono risucchiati da una serie di dinamiche organizzative e di gruppo che li portano a smettere di ascoltare gli altri e loro stessi. Nel counseling rogersiano l'ascolto, l'essere lì semplicemente per ascoltare l'altro e dare dignità al suo bisogno di esprimersi, è una delle caratteristiche principali della professione. Essere ascoltati davvero e vedere qualcuno che ascolta davvero sono certa cambierebbe molte prospettive agli operatori sanitari.

1.5.2 Il counselling psicodinamico



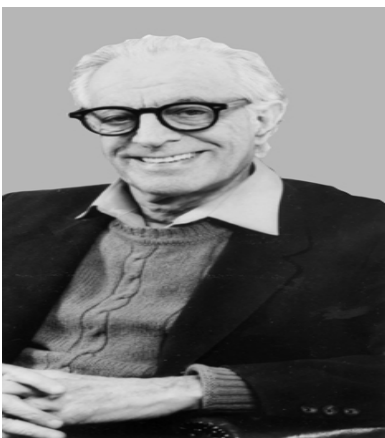
Sigmund Freud

Ovviamente come dice la stessa parola la scuola di riferimento è quella psicodinamica, dunque il padre è Sigmund Freud. In questo caso l'atteggiamento di fondo è

l'indagine dei processi inconsci che portano l'uomo a comportarsi in un determinato modo.

Nonostante le mille polemiche e contestazioni che si sentono in merito a questo approccio, per quanto mi riguarda non posso fare a meno di pensare che una delle tematiche su cui, specie in ambito sanitario e ancora più in specifico se ci si orienta verso il supporto agli operatori sanitari, è necessario riflettere e lavorare viene proprio da qui. Parlo ovviamente dei meccanismi di difesa coi quali, pur non essendo psicologo, anche il counselor non può non fare i conti. E sempre da qui viene una importante dinamica che è necessaria al counselor come allo psicoterapeuta (anche se il primo non ne fa l'oggetto del proprio lavoro) osservabile in tutte le dinamiche di relazione nelle professioni di aiuto, e mi riferisco al transfert e controtransfert. E' vero che il bello del counseling è che lavora al tempo presente, nel qui ed ora. E' anche vero che le dinamiche più profonde dell'inconscio umano ci accompagnano nel nostro quotidiano agire. Sono convinta che ogni operatore sanitario, medico o infermiere che sia, ma anche fisioterapista o altro, debbano darsi una piccola occhiatina dentro, sbirciando un po' oltre a ciò che appare per capire se non altro almeno quale profondo impulso o bisogno gli ha portati a scegliere una professione di questo tipo. Su questo più avanti farò qualche considerazione.

1.5.3 Modello cognitivo-comportamentale



Albert Ellis

Alla base di questo modello c'è l'ipotesi che *'la visione che gli individui hanno di se e il mondo personale sono fondamentali per il loro comportamento'*³, per cui non è la situazione che causa problemi all'individuo ma come esso la vive e la interpreta.

Questo approccio è uno dei più applicati in questi anni specie nella scuola americana. Credo che il maggior punto di forza di questo approccio sia la sistematicità con cui vengono affrontati i casi e l'estrema concretezza che riporta ad un costante qui ed ora. Non solo, ma la visione cognitivo-comportamentista più di ogni altra ha aperto la porta alla convinzione che ognuno di noi è in grado di viverla la sua vita in modo differente da come sta vivendo se questa non lo soddisfa e dà ad ogni individuo il massimo senso di responsabilità. La PNL (Programmazione Neuro Linguistica) è una delle tante tecniche che si possono fare risalire a questo modello e, pur essendo ben lontana da quella strada risolutiva per ogni cosa che alcune volte ci vogliono far credere, si presta certamente a molti efficaci usi. *"L'idea centrale della PNL è che i pensieri, i gesti e le parole dell'individuo interagiscono tra loro nel creare la percezione del mondo. Modificando la propria visione (detta **mappa del mondo**, ovvero il sistema di credenze relativo a ciò che è la realtà esterna e a ciò che è la realtà interna), la persona può potenziare le proprie percezioni, migliorare le proprie azioni e le proprie performance. La percezione del mondo e la risposta ad esso possono essere modificate applicando opportune tecniche di cambiamento. La PNL insegna a sviluppare abitudini/reazioni di successo, amplificando i comportamenti facilitanti/efficaci e diminuendo quelli limitanti/indesiderati."*⁴

Non sono un amante passionale quando parlo di PNL, anche se è stata una delle prime porte che ho aperto sul mondo del counseling. In alcuni casi specifici però sono convinta della sua massima efficacia. Non voglio dilungarmi, anche perché per fare davvero bene PNL bisogna essere preparati in teoria e in pratica molto bene e non è il mio caso, ma per esempio gli ancoraggi possono essere estremamente utili per gli operatori di sala

³ Down Freshwater 'Le abilità di counselling' ed. McGraw-Hill

⁴ Wikipwdia

operatoria e di emergenza. Sono efficaci e “pronti all’uso” anche se a mio avviso inutili da un punto di vista evolutivo. *‘L’ancoraggio serve per introdurre un nuovo elemento sensoriale, generalmente un tocco, a una determinata esperienza del paziente. Con questa tecnica è possibile associare (ancorare) una esperienza di forza e sicurezza, vissuta o immaginata che sia, ad una stretta di mano o qualche altro tipo di contatto stabilito tra paziente e terapeuta. Questo permette al paziente di poter disporre di tali risorse (forza, sicurezza, ecc.), semplicemente stringendo la mano del terapeuta mentre, a scopo terapeutico, rivive un'esperienza pesante della sua vita.’*⁵

Io stessa quando mi trovo di fronte a una vena davvero difficile e sento un’ansia iniziale, adopero un ancoraggio che ho a mia disposizione da anni che mi calma e mi centra su ciò che sono capace di fare e non di non fare, ovviamente non legato a un terapeuta ma a un auto tocco, nel mio caso del lobo dell’orecchio.

1.5.4 Modello Sistemico



Paul Watzlawick

In questo modello troviamo, come nei precedenti, scuole diverse e metodi di applicazione molto diversi fra loro ma tutti si approciano all’uomo e i suoi problemi leggendolo inserito nel suo sistema. L’uno non è solo uno ma parte di un sistema complesso con cui interagisce e come tale va affrontato. Ritengo che oltre al grande fascino che esercita

⁵ www.procaduceo.it

su di me questo approccio, sia di importanza estrema se si vuole fare counseling in ambito sanitario sia per gli utenti che per gli operatori. Infatti chi è malato non è mai un singolo ma almeno una unità minima che comprende tutta la sua famiglia quando non anche gli amici e il gruppo sociale.

E se si va dentro anche al più piccolo degli ospedali si comprende subito che il medico, l'infermiere o il barelliere sono parte di un tutto più grande che non a caso si chiama Sistema Sanitario Nazionale.

Un sistema è una entità con norme proprie e proprie caratteristiche dentro cui l'individuo ha un suo ruolo e verso cui ha una sua specifica influenza così come il ruolo dell'altro e l'influenza degli altri determineranno come egli agisce e che tipo di personalità presenta.

Partendo da questo concetto base si sono sviluppate diverse scuole. Fra gli esponenti più illustri che hanno dato vita a questo modello c'è Paul Watzlawick autore importante anche per la sua Pragmatica della Comunicazione Umana dove definisce, come accennerò nel prossimo paragrafo, che cos'è la comunicazione e quali ne sono gli assiomi base.

1.6 La relazione interpersonale: comunicazione ed emozioni

Per definire di che cosa stiamo parlando è essenziale sapere che quando si parla di counseling si parla di relazione.

In Wikipedia alla voce relazione si legge "*... in senso generico riguarda un collegamento che sussiste fra determinate entità.*" E nel dizionario di lingua italiana si dice:

"...legame intercorrente tra due persone, specialmente d'affetto, d'amicizia, d'affari...".

Come abbiamo già detto una delle componenti essenziali della relazione è la comunicazione ed è per questo che in tutte le professioni di aiuto è un pilastro portante. O almeno lo è in teoria. Sempre più spesso anche in ambito sanitario si spendono fiumi di inchiostro e di corsi sulla

comunicazione anche se quando si entra in ambulatorio o in ospedale non sembra.

Altro pilastro della relazione e dunque del counseling sono le emozioni, tema su cui si spendono fiumi di inchiostro per addetti ai lavori ma su cui certo non si investe molto in formazione. Forse è proprio per questo che la comunicazione rimane spesso inefficace nonostante gli aggiornamenti alcuni anche di alto livello. Se come diremo è un assioma che l'uomo non può non comunicare, è anche vero che non può non emozionarsi. O meglio: l'uomo sano non può esimersi dal provare emozioni.

E spesso se ci soffermiamo a osservare un qualsiasi professionista sanitario ci rendiamo conto che a livello di comunicazione e di emozioni c'è qualcosa che non va. Sui giornali si leggono sempre più casi di mala-sanità che per chi come è me è del mestiere lasciano trasparire difetti comunicativi ma anche emotivi. La troppa freddezza a cui un tempo venivamo chiamati non aiuta la relazione coi pazienti e i famigliari e incomprensioni e malintesi possono trasformarsi in tragedie e pasticci legali.

1.6.1 Comunicazione



Spendo poche righe evidenziando solo ciò che mi interessa di più perfettamente consapevole che non basta una tesi intera per snocciolare veramente l'argomento e come mia abitudine parto dal dizionario.

[co-mu-ni-cà-re]

(comùnico, -chi, comùnicano; comunicànte; comunicàto)

A v. tr.

1 Trasmettere, rendere noto: c. una notizia; c. un'informazione

Far pervenire un provvedimento o un atto giudiziario al diretto interessato

*2 estens. Infondere, trasfondere, spec. un sentimento, uno stato d'animo: c. sicurezza; mi ha comunicato la sua ansia ant. Mettere in comune*⁶

L'uomo è un animale sociale, cioè vive di relazione e comunicazione. L'uomo senza altri uomini non vive o vive male.

La comunicazione dunque è un processo che necessita di almeno due entità che si scambiano qualcosa in un processo di trasmissione. Il primo degli assiomi della comunicazione è che è impossibile non comunicare, perché lo scambio non è fatto solo di parole ma anche di gesti, sguardi, sospiri, emozioni e silenzi. In sanità poi la comunicazione è fatta anche di assenze!

In realtà non esiste un modello giusto di comunicazione e nemmeno modelli più efficaci di altri in senso assoluto. Esistono modelli di comunicazione più o meno efficaci a seconda delle situazioni e degli obiettivi.

Prima di andare oltre però mi pongo una domanda. Perché un medico, un infermiere, un operatore sociosanitario, un centralinista di ospedale, dovrebbero saper comunicare?

Risparmiando per una volta i miei pareri personali, mi rifaccio a quanto risulta dalla letteratura. In ambito medico si è visto che una comunicazione efficace aumenta la compliance, termine inglese che significa accettazione, osservanza, in conformità a qualcosa, ma che in ambito sanitario sta ad indicare l'adesione del paziente al percorso terapeutico. Per cui una buona comunicazione col paziente fa sì che "segua le indicazioni" del medico e rende la cura più efficace.

Non solo ma pare anche in grado di ridurre i tempi di permanenza in ambulatorio e il numero delle visite, una delle più frequenti motivazioni per la scarsa relazione portate dagli operatori sanitari.

Inoltre Roberti, Bellotti e Caterino, citando una indagine dell'ANIA (Associazione Nazionale Imprese Assicuratrici), scrivono '[...] gli esposti per responsabilità professionale sono passati da 3159 nel 1994 a 7.700 (+ 148%) nel 2002 e, nello stesso periodo, quelli per responsabilità delle strutture sanitarie da 5.100 a 6.700 (+31%).

⁶ www.dizionari.hoepli.it

Tutto questo poteva essere evitato, dal momento che la medesima indagine ha individuato come elemento principale della proliferazione delle denunce, piuttosto che l'errore della diagnosi, una comunicazione tra medico e paziente a cui sono mancati la possibilità e/o il tempo di svolgersi in modo funzionale ad una piena comprensione reciproca'⁷

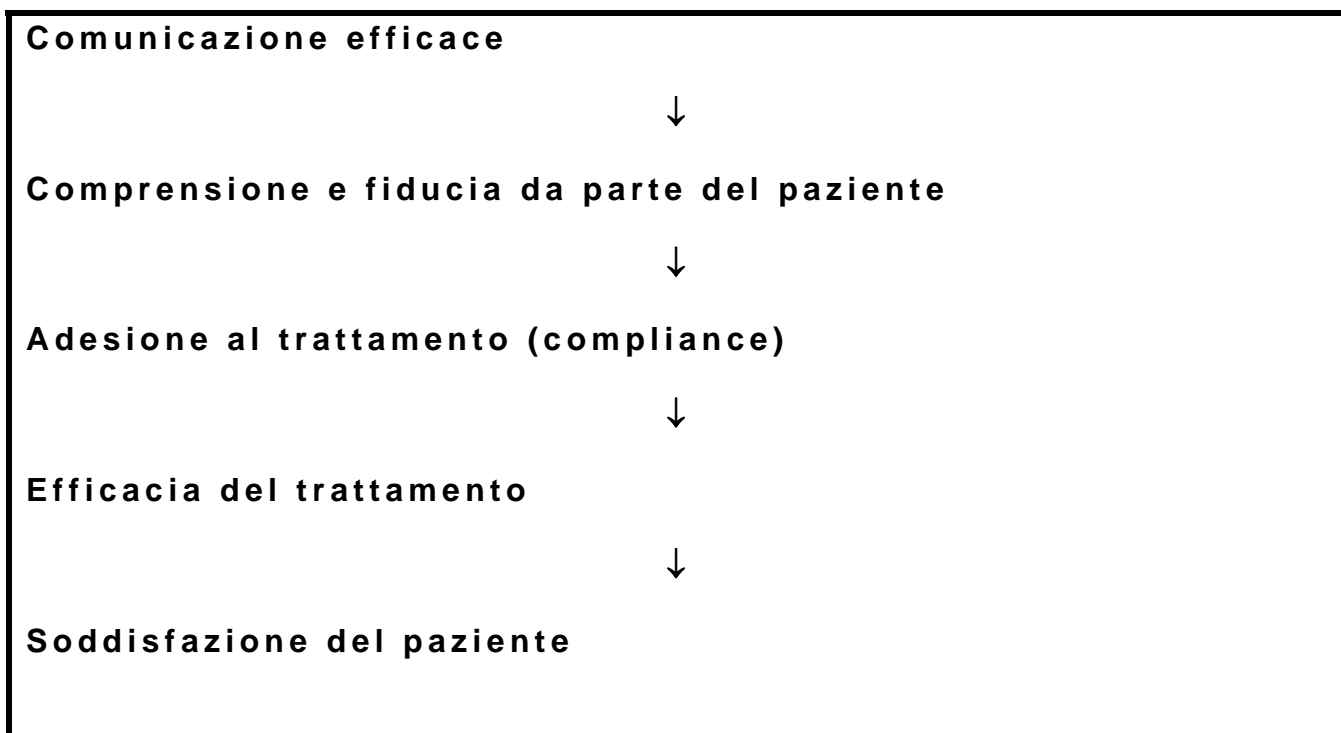


diagramma 1⁸

Credo però che in una organizzazione complessa come l'ospedale o anche meno complessa come può essere un ambulatorio, conoscere le tecniche di comunicazione e usarle efficacemente ha anche lo scopo di evitare una serie di malintesi stressogieni sia coi clienti/pazienti che fra colleghi, creando un ambiente di lavoro vivibile quando non piacevole. Attingo sempre dalla mia esperienza e la generalizzo consapevole dei limiti intellettuali di questa operazione: attualmente io vivo bene in ogni ambiente dove lavoro sia perché come libera professionista è difficile che permanga nello stesso posto oltre il mio tempo massimo di tolleranza, sia perché la pratica con le tecniche di

⁷ Alessio Roberti, Claudio Belotti, Luigi Caterino 'Comunicazione medico-paziente. La comunicazione come strumento di lavoro del medico' ed. NLP ITALY

⁸ Alessio Roberti, Claudio Belotti, Luigi Caterino 'Comunicazione medico-paziente. La comunicazione come strumento di lavoro del medico' ed. NLP ITALY

comunicazione e relazione mi ha resa capace di agire nelle diverse situazioni nel miglior modo possibile, cioè meno stressante per me.

Eppure in uno degli ambulatori dove lavoro c'è un'aria che "si taglia col coltello" dove ogni giorno i miei colleghi si "mangiano la faccia" e purtroppo dove ogni giorno ci sono malintesi e liti coi clienti. Spesso mi capita di fare da pacificatore e quasi mai intervengo nel merito. Cioè su quell'elemento della comunicazione che viene detto significato, comunemente noto come contenuto.

Ma una comunicazione è fatta anche di un significante, ovvero di una forma grafica (comunicazione scritte e visiva) o sonora. In altri termini la comunicazione è un insieme di verbale e non verbale. Tralasciando che alcune norme di educazione sul verbale sono a mio avviso essenziali, la maggioranza delle difficoltà che noto sono di tipo non verbale. Per esempio l'unico maschio del laboratorio usa le stesse parole per me e per la mia collega. Le parole per me però sono chiaramente una forma di ironia e spesso scatenano risate e battute per tutta la mattinata. Quando dice le stesse parole alla mia collega il suo obiettivo è ferirla il più possibile. Ovviamente nessuno ride, e talvolta si è sfiorato lo scontro fisico. Ma cosa c'è di diverso? In primo luogo il tono della voce e l'espressione del viso. Se è vero come dicono i testi che il 70% della comunicazione reale è coperto dal non verbale effettivamente il tono e le espressioni del mio collega dicono tutto.

Watzlawick e la scuola di Palo Alto definiscono degli assiomi della comunicazione che possono chiarire quanto avviene nel mio caso e in molte altri casi di relazioni difficili tra colleghi. In particolare il secondo e terzo assioma mi paiono aspetti significativi per le organizzazioni sanitarie. Il secondo assioma infatti dice che ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto ed un aspetto di relazione cosa ancor più vera in ambienti come quello ospedaliero dove la quantità di ore, responsabilità ed emozioni rendono i legami fra i professionisti strettissimi. Non solo. Non va mai dimenticato che l'organizzazione sanitaria è per tradizione e necessità molto gerarchica. Se un tempo si poteva mantenere questa gerarchia in modo esplicito ora non è sempre così. La metacomunicazione dunque, ovvero il messaggio non esplicito contenuto nella

comunicazione, assume un ruolo fondamentale in questo caso. Un esempio più volte riportato per delucidare il secondo assioma è quello della comunicazione madre figlio. La madre che dice al figlio di lavarsi assolve sì all'esigenza di igiene ma anche alla sua definizione del ruolo. Questo accade molto in un reparto in particolar modo tra medici e infermieri ma anche tra infermieri e operatori socio-sanitari, tra dirigenti e impiegati e via scorrendo. Sapere questo allenta decisamente la tensione, almeno a mio avviso. Quando il dottore ti dice "portami la cartella di tizio" e tu te la prendi perché ti chiedi per quale arcano mistero quel medico sembra non avere le mani abili ad aprire uno schedario a un metro da lui, sapere che in quelle parole forse lui afferma anche il suo ruolo può aiutarci a trovare strategie meno stressanti di convivenza. Ma, come recita il terzo assioma, la natura della relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra comunicanti, l'interpretazione della comunicazione dipende dal tipo di relazione che c'è tra i comunicanti. L'esempio più carino è quello della scimmietta e dell'addestratore. 'Se una scimmietta potesse stabilire la punteggiatura delle comunicazioni, potrebbe affermare di avere ben addestrato il proprio padrone, in quanto ogni volta che si mette a ballare questi è subito pronto a suonare il proprio organetto'⁹. Per quanto carino sia l'esempio, nelle organizzazioni sanitarie spesso rende le persone arroccate sul proprio punto di vista, sulla propria lettura della realtà, di ciò che sta avvenendo e perché sta avvenendo e conoscere queste dinamica già in se ci offre una opportunità di cambiamento. La maggioranza dei corsi di aggiornamento per infermieri e medici sulle tecniche di comunicazione ha come obiettivo il miglioramento della compliance da un lato e della soddisfazione del paziente dall'altro. Credo che se il counseling potesse entrare nelle équipes mediche di reparto come sostegno continuo, la lettura prima e il cambiamento dopo della comunicazione all'interno del reparto migliorerebbe la vita degli operatori e indirettamente si darebbe una forte spinta anche all'obiettivo suddetto. Può infatti essere che dopo un bel corso uno torni al suo reparto pieno di volontà e coi pazienti applichi tutte le tecniche apprese, spinto

⁹ 'Gli assiomi della comunicazione' www.itg-rondani.it

dall'entusiasmo e l'amore per il prossimo sofferente (lo dico senza ironia) ma quanto può durare se una volta uscito dalla stanza ed entrato in guardiola il suo collega o superiore non lo guardano neppure in faccia? Una settimana? Un mese? Comunque non una intera vita lavorativa fatta di notti interminabili e giorni caotici con persone che non comprendi e che non ti comprendono. E sul "non mi comprende" o ancora di più sul "non capisco come non possa comprendermi" si potrebbe scrivere una enciclopedia raccogliendo le dichiarazioni di un solo giorno ad un qualsiasi corso di aggiornamento infermieri. Altro elemento essenziale della relazione sono le mappe personali. Nella prefazione ho fornito una mappa per la lettura della presente tesi, nell'introduzione ho addirittura fornito un dettaglio di questa mappa. Perché l'ho fatto? Al di là della mia parte narcisista che trova un certo brivido di piacere a sapere che qualcuno metterà il naso nella mia vita, mi pare importante fornire a chi legge l'opportunità di capire davvero cosa legge, fornire gli strumenti per ascoltarmi davvero. Ma questo accade normalmente nella vita quotidiana, lavorativa o privata che sia? Nella mia non sempre, alcuni anni fa mai ed era causa di comunicazioni mal riuscite e relazioni devastanti. Ognuno di noi ha una mappa con la quale interpreta il mondo e con la quale si muove in esso. Molto spesso tendiamo a confondere la mappa col territorio, ovvero la nostra interpretazione del mondo col mondo stesso e, cosa ancora più importante da un punto di vista della comunicazione e della relazione, crediamo che la nostra mappa sia assoluta, universale. Ma non è così. Gli altri hanno mappe diverse dalle nostre, alcune saranno simili alla nostra altre saranno diversissime. Dunque io comunico con la mia mappa ma ciò che l'altro comprende è ciò che interpreta con la sua. Se non si tiene conto di questo gli errori comunicativi sono davvero molti. Voglio riportare un esempio che mi ha colpita molto quando avvenne. Una mia collega in pronto soccorso ha dato la seguente comunicazione ad una anziana signora che attendeva notizie del marito ricoverato d'urgenza per dolori addominali. "Stia tranquilla suo marito ha solo un fecaloma" Per chi non è del settore il fecaloma (mi scuso per l'immagine poco poetica) è una massa di feci che occlude l'intestino, molto doloroso ma nella

maggioranza dei casi non pericoloso per la vita della persona. La signora alla fine della comunicazione ha fatto un urlo e ha iniziato a piangere. Per le persone molto anziane tutte le parole che terminano in "oma" in ambito medico hanno sapore di tumore. La mia collega ha usato una mappa che non corrispondeva alla signora e ci ha messo alcuni minuti per capire che cosa avesse scatenato una reazione così imprevista. In questo caso, trattandosi di differenze di codice chiaribili semplicemente, si è potuto fare chiarezza con facilità. Ma ci sono codici diversi non solo in ambito linguistico, ma anche in ambito emotivo, sociale, psicologico. Io sono una persona diretta e tendo a dire quello che non va senza giri di parole. Per me questo è segno di rispetto. Però debbo stare attenta perché per alcune persone può essere segno di maleducazione o ostilità. Fin dalla scuola se un mio compagno di classe, e poi un mio collega da quando lavoro, puzzava avevo l'abitudine senza giri di parole di dirgli " Puzzi per favore ti vai a lavare?". Per me puzzare era inaccettabile e le persone che ci tengono a me dicendomelo mi mostrano attenzione e rispetto. Col tempo ho scoperto che mica tutti hanno la mia mappa del mondo. Qualcuno poi ha dei problemi sociali o fisici legati all'acqua, agli ormoni ecc.. e non gli fa piacere che si sottolinei o si noti questo. A volte un approccio così diretto non ha neppure sortito l'effetto desiderato. Col tempo ho dunque imparato a entrare più in confidenza, aspettare, portare pazienza, avere con me un piccolo profumino, e anche a girare intorno alle cose con delicatezza ottenendo molti più risultati con meno dolore. Ho voluto fare un esempio pratico e sciocco per sottolineare come nelle piccole cose noi applichiamo una mappa del mondo così come nelle grandi e che molto spesso liti e fraintendimenti non partono dai massimi sistemi universali ma da piccole cose che si ripetono giorno dopo giorno fino a che non ne possiamo più. Sapere dell'esistenza delle mappe personali è una delle cose che più ha modificato la mia vita perché mi ha permesso di comprendere davvero il punto di vista dell'altro oltre che il mio.

1.6.2 Emozioni

Indifferenza

*E' sbocciato quest'odio come un vivido amore
dolorando, e contempla se stesso anelante.
Chiede un volto e una carne, come fosse un amore.*

*Sono morte la carne del mondo e le voci
che suonavano, un tremito ha colto le cose;
tutta quanta la vita è sospesa a una voce.
Sotto un'estasi amara trascorrono i giorni
alla triste carezza della voce che torna
scolorendoci il viso. Non senza dolcezza
questa voce al ricordo risuona spietata
e tremante: ha tremato una volta per noi.*

*Ma la carne non trema. Soltanto un amore
la potrebbe incendiare, e quest'odio la cerca.
Tutte quante le cose e la carne del mondo
e le voci, non valgono l'accesa carezza
di quel corpo e quegli occhi. Nell'estasi amara
che distrugge se stessa, quest'odio ritrova
ogni giorno uno sguardo, una rotta parola,
e li afferra, insaziabile, come fosse un amore.*

Cesare Pavese

Se c'è qualcosa per cui vale la pena vivere è per emozionarsi. O almeno questo vale per me. E non parlo solo delle belle emozioni come la gioia, l'amore, la compassione. Io parlo proprio di tutte le emozioni comprese la rabbia con tutte le sue sfumature fino all'odio, la tristezza e l'amarezza, la paura fino al terrore. Se non fossimo in grado di emozionarci, leggendo le parole di Pavese avremmo la stessa reazione che leggendo le istruzioni della lavatrice, se non fossimo in grado di provare emozioni nessuno allungherebbe la mano verso qualcuno che cade, se io non fossi stata in grado di provare emozioni mai avrei fatto l'infermiera.

Se ancora non fosse chiaro io adoro le emozioni e ritengo che sia l'ambito di lavoro più entusiasmante e complicato del counseling. Entusiasmante perché davvero le emozioni possono sopraffare l'essere umano e allo stesso tempo aiutarlo a crescere, complicato perché nessuna teoria esaurisce la spiegazione di cos'è una emozione e nessuna ricetta o regola è valida per tutti. La poesia di Pavese è un accenno della complessità delle emozioni, infatti nella stessa riga, parlando della stessa cosa possono apparire le parole odio e amore, dolcezza e tristezza.

Che cos'è una emozione?

La parola emozione entra in uso nella lingua italiana agli inizi del settecento adattando la parola francese *émotion*. Questa a sua volta deriva dalla parola latina *emotio* proveniente da un verbo che significa muovere, commuovere. E'carino e significativo sapere che in Francia il termine *émotion* indicava i movimenti fisici e quelli di sommossa popolare. Sempre dalla Francia deriva il suo uso per definire i movimenti dell'anima.

Dunque una emozione è un movimento, è qualche cosa di dinamico nella nostra vita. Come tutte le cose dinamiche del mondo non è mai nello stesso punto, non è destinata a permanere nello stato in cui la osserviamo. Questo è meraviglioso. Il dolore, la paura ma anche la felicità e l'amore non sono eterni!

*'Riassumendo, si può dire che l'emozione è dunque una reazione improvvisa di tutto l'organismo, con componenti fisiologiche (il corpo), cognitive (la mente) e comportamentali (le azioni)'*¹⁰

Le teorie sul come e perché ci emozioniamo sono tante così come quelle che definiscono il numero delle emozioni che l'uomo è in grado di provare. Come sempre tutte sono vere e dunque nessuna è la sola totalmente vera.

Prima di tutto ci emozioniamo perché geneticamente programmati a farlo, cioè perché la nostra evoluzione è andata in questo senso. In effetti le emozioni ci permettono di reagire al pericolo, dunque salvarci, e di riprodurci. Poi ci emozioniamo a causa di stimoli e reazioni corporee. In tal senso è vero che il corpo si attiva con delle reazioni

¹⁰ 'La forza delle emozioni' Christophe André, Francois Le lord ed. TEA

fisiologiche quali alterazione di respiro e battito cardiaco anche prima che noi si possa dire di stare provando una certa emozione così come è vero che una emozione che proviamo possiamo descriverla in termini di reazione corporea. Per i cognitivisti le emozioni sono date dai pensieri cioè *"[...] noi non facciamo altro che classificare molto in fretta gli avvenimenti in base a uno schema di decisione: gradevole/sgradevole, previsto/imprevisto, controllabile/incontrollabile, causato da noi/causato da un altro. A seconda della combinazione ottenuta apparirà questa o quell'altra emozione."*¹¹

E ancora ci emozioniamo perché ci è stato insegnato a farlo, ovvero le emozioni sono di tipo culturale.

Un'altra definizione di emozione è : reazione affettiva intensa e di breve durata determinata da uno stimolo ambientale.

In questo caso emergono due caratteristiche: la prima è la limitata durata, infatti se una emozione rimane alcuni giorni si parla di stato d'animo, la seconda è la necessità di uno stimolo che la solleciti.

Ma quante sono?

Anche qui le classificazioni sono differenti. In generale si definiscono emozioni base o fondamentali quelle comuni a tutti, o almeno a tutti i membri di una stessa cultura. Darwin ne identificava sei, note col nome di big six, che sono la gioia, la sorpresa, la tristezza, la paura, il disgusto, la collera, mentre Ekman ne identifica dieci, ovvero il divertimento, il disprezzo, la contentezza, l'imbarazzo, l'eccitazione, il senso di colpa, l'orgoglio, la soddisfazione, il piacere sensoriale, la vergogna.

Di queste io accennerò a quelle che mi interessano perché particolarmente significative nell'ambito sanitario.

Emozioni e mondo sanitario

Abbiamo parlato di empatia, ascolto, accettazione, comunicazione, relazioni in funzione dell'operatore sanitario, ora tocca alle emozioni. Qui davvero la cosa si fa complessa perché attualmente c'è sovrapposizione tra la teoria del non sentire e quella del sentire tutto.

¹¹ ' La forza delle emozioni' Christophe André, Francois Le lord ed. TEA

Quando ho fatto la scuola infermieri io iniziava ad affacciarsi la consapevolezza che insegnare a trincerarsi dietro a un muro che impedisce alle emozioni di passare era disfunzionale alla attività infermieristica. I primi mesi di scuola abbiamo lavorato sull'empatia, sullo stare con l'altro, ascoltarlo e tutte queste belle cose. Poi abbiamo iniziato il tirocinio. Al nostro rientro molti di noi avevano dovuto fare i conti con emozioni legate ad eventi che l'uomo tende a sfuggire quali la sofferenza, il disfacimento corporeo, la morte. In merito io sono molto sincera, per tutto il restante primo anno ho costruito un muro intorno a me che nemmeno l'armata di Gengis Kan avrebbe potuto abbattere. Per mantenerlo funzionante ho dovuto metterci molta energia e alla fine dell'anno, cioè del primo anno di scuola, ho dato segni che ora so ricondurre al Burn-Out. Per fortuna le vacanze furono in grado di cancellare tutto. Dunque mi permetto di dire che le emozioni per un operatore sanitario sono una cosa seria e non è certo sufficiente fare corsi teorici sull'importanza della partecipazione emotiva alla cura come aspetto che migliora la qualità dell'assistenza. Sinceramente credo che un rapporto con le emozioni inconsapevole non sia per nulla funzionale neppure al paziente.

Poche settimane fa è venuto a farsi il prelievo un cliente storico del laboratorio in cui lavoro. Un signore che anni fa subì un intervento alla testa per un tumore e che fece tutto il suo percorso di terapia migliorando poco alla volta. Per quattro anni io l'ho visto tutti i lunedì prima e poi un lunedì sì ed uno no per i minuti necessari all'esecuzione di un prelievo. Per quanto possa sembrare strano coi clienti come questo in pochi minuti ripetuti si può instaurare una relazione che valga questo nome se si applicano i tre requisiti base del counseling di cui ho parlato nel primo paragrafo. Come dicevo poche settimane fa è tornato come da routine ma notevolmente dimagrito e trascinando un piede. Come è entrato io ho chiesto cosa fosse accaduto. Pensavo a un incidente domestico o simile. Invece mi ha detto che aveva una recidiva del tumore e che la prognosi era di pochissimo tempo. Ho sentito il mio cuore accelerare, mi si è chiuso lo stomaco e gli occhi mi si sono appannati. Il dolore, la paura, la tristezza iniziavano a salire tutti insieme e avrei voluto piangere. Per mia fortuna

ho riconosciuto ciò che mi stava accadendo in tempo per fare un bel respiro, poi ho deciso di stare un attimo in apnea e dire solo “sono davvero addolorata le auguro comunque il meglio”. Ho fatto il mio prelievo e poi lui mi ha sorriso e mi ha detto solo “comunque grazie”. E’ stato un momento speciale, di quelli che chi fa il mio lavoro ricorda per sempre. Ma quando ha lasciato il laboratorio potevo scegliere se fare finta di nulla o accettare di provare quello che provavo. Sono andata in bagno ho pianto a fontana per due minuti e poi mi sono potuta dedicare alle altre persone. Se non avessi allenamento nell’ascoltare e gestire le mie emozioni forse avrei pianto di fronte a lui, cosa davvero inappropriata e, mi si consenta un giudizio, ingiusta, oppure avrei potuto tenere tutto dentro e scoppiare chissà quando e chissà con chi.

Le emozioni sono davvero il valore aggiunto a qualsiasi professione di aiuto, forse sono il valore aggiunto della vita, ma è necessario che diventino consapevoli e che ci si alleni nella capacità di gestirle. Per consapevolezza emotiva intendo proprio la capacità di riconoscere, dare un nome, a ciò che si prova e sapere che effetti ha su di noi. Chiunque lavori in ambito sanitario sa quanto poco sia vero che medici e infermieri non provano nulla. Ma quanti lutti un essere umano è in grado di sopportare? Quanto dolore? Soprattutto quando è impreparato e solo.

La paura



Questa emozione fa parte, io dico la si respira, della vita quotidiana di tutti gli ambienti sanitari. Hanno paura gli utenti ma hanno tanta paura anche gli operatori sanitari. La paura è l’emozione che si accompagna al pericolo. Fisicamente ha effetti di vasocostrizione, con aumento della frequenza cardiaca e del ritmo respiratorio, i peli si

drizzano, le mani tremano e vi è contrazione muscolare. Il corpo si prepara a reagire per limitare i danni con la lotta, la fuga o l'immobilizzazione. Come tutte le emozioni non è né buona né cattiva ma può essere funzionale o disfunzionale. Se un paziente non lucido diventa violento e mi aggredisce è normale che io abbia paura la quale mi permette anche di reagire in modo consono, per esempio scappando. Lasciarmi aggredire non è funzionale a me ma neppure a lui. Se tutte le volte che sono in procinto di aprire la pancia a un paziente ho paura che mi denunci e mi blocco o mi trema la mano, si capisce che non è funzionale a nulla. La paura si differenzia dall'ansia per la durata. Ovvero essendo un'emozione dura per un periodo limitato e necessità di un evento scatenante, sia esso reale (uno che mi aggredisce) o immaginario come la paura da infezioni da sangue (il sangue può essere infetto ma non sempre lo è). Se la paura diviene uno stato d'animo si trasforma in ansia. In questo caso il pericolo non è presente, io non ho un paziente che mi aggredisce, io non sto lavorando col sangue, ma potrebbe venire. E' una paura anticipata, spesso cronica.

Ma la paura è un'emozione importante tanto è vero che molti studi confermano che vi sono una serie di paure più o meno universali filogeneticamente determinate, ovvero paure che non è necessario apprendere con l'educazione ma che nascono con noi e sono legate all'evoluzione della specie. La paura del buio o dell'acqua rientrano fra queste perché hanno aiutato l'uomo primitivo a sopravvivere ad una natura ostile.

Per l'ambito sanitario c'è poi una grossa paura con la quale gli operatori si confrontano spesso: la morte.

Credo che ogni volta che si accompagna alla morte qualcuno o la si cagiona involontariamente si sovrappongano molte emozioni, ovviamente. Per quanto riguarda la paura credo che ogni volta che muoia qualcuno affidato a noi inconsciamente o consciamente siamo obbligati a confrontarci con la nostra morte o con l'idea stessa della morte. E l'uomo ha paura della morte, a meno che non abbia disturbi psichici o sia illuminato. Come per tutte le emozioni il primo passo per gestirla è guardarla in faccia a piccoli pezzi, avere qualcuno a cui confidarla e che ci conforti, magari un counselor.

La tristezza



Più ancora della paura però gli operatori sanitari sono spesso assaliti dalla tristezza e la tristezza rende vulnerabili. La vulnerabilità infine rende spesso medici e infermieri barricati dietro un muro di indifferenza o di scortesia. La tristezza è scatenata dalla perdita o dal fallimento e sarà più o meno duratura e intensa a seconda del valore che diamo a ciò che abbiamo perso o a ciò in cui falliamo. In ambito sanitario la perdita è frequente il fallimento è inevitabile.

Si possono perdere cose o persone ma anche valori e ideali. La delusione professionale è una perdita, lo spostamento di reparto non richiesto è una perdita. Il fallimento poi in certi momenti e per certi reparti è quotidiano.

Alcuni anni fa mentre lavoravo in una casa di riposo è deceduto un signore di più di ottant'anni che fino a dieci minuti prima stava prendendo il tè in cortile. Tutti noi eravamo molto tristi perché era un ospite "storico" sempre gentile e vivace. Ma più di tutti era triste il medico che l'ha soccorso, così triste che mi sono sentita obbligata a confortarlo (perché anche se ha dell'incredibile anche i medici piangono!). Alla fine dello sfogo mi ha detto "oggi mi sento proprio un fallito". Non parlo mica di un medico appena laureato ma di un veterano della geriatria. Eppure per lui perdere quell'uomo che seguiva da anni e che non aveva nulla di patologico (e la vecchiaia non è una patologia!) era un fallimento.

Ma come ho fatto a capire che era triste? Il volto della tristezza è fatto di sopracciglia oblique, di rughe frontali

che assumano una forma ad arco, la commessura labiale si abbassa.

La tristezza porta poi a ritirarsi, a isolarsi con la funzione di riflettere sui propri errori. In se infatti non è una emozione negativa perché ci insegna a evitare le situazioni che la provocano e a essere un po' più riflessivi. In più, e il mio esempio dice anche questo, la tristezza ci porta la simpatia altrui e in alcuni casi ci protegge, almeno momentaneamente dall'aggressività degli altri.

Essere mesti, a capo chino e con le labbra a "mescolino" aiuta a dare molte brutte notizie ricevendo il minimo degli insulti!

La tristezza è una emozione che si trova spessissimo associata ad altre emozioni ed è questa caratteristica che per alcuni autori la rende così difficile da risolvere.

La tristezza può essere causata dagli stessi eventi della collera, per quanto riguarda l'ambito sanitario, per esempio un errore. Gli errori sanitari senza dolo sono davvero tanti, dall'esecuzione di una tecnica all'interpretazione di un dato. (quelli con dolo sono rarissimi anche se vanno sui giornali!). La tristezza ci permette di concentrarci su noi stessi e sull'evento. In qualche modo ci aiuta a imparare.

La collera può essere anche una modalità di gestione della tristezza. Ho visto molti chirurghi in collera con colleghi, ferriste e infermieri senza motivo apparente e molte di queste volte l'intervento ha dato problemi o è servito a constatare che non c'era nulla da fare.

Ma la tristezza si può associare anche al disgusto, alla vergogna, all'ansia tutte emozioni che intuitivamente si provano ripetutamente in un ospedale.

Anche qui il primo passo per imparare a gestirla è accettarla, avere luoghi appropriati per agirla e poi tornare in contatto con cose e eventi gradevoli.

In ambito sanitario credo inoltre indispensabile fare i conti col fallimento specialmente oggi che non è quasi più consentito. Eppure l'essere umano è fallibile, in tutte le religioni questo lo distingue da Dio. La medicina e le scienze infermieristiche non sono scienze esatte. Ancora oggi si lavora per tentativi ed errori non perché non si studi o non si sappiano le cose ma perché ogni uomo, sia nel corpo che nello spirito, è unico anche se simile ad un altro uomo. Se essere infallibili è l'obiettivo dell'operatore

sanitario allora incontrerà sulla sua strada tristezza e frustrazione. Ovviamente la tristezza ha altre funzioni utili. Per esempio sviluppa un movimento di aiuto che, sebbene fuori moda, è essenziale nell'ambito sanitario. Io sono triste se un mio cliente sta male o, altra caratteristica di questa emozione, se lui è triste. La tristezza è una emozione molto contagiosa. Se uno è triste è bene che eviti persone tristi o situazioni che generano tristezza se ne vuole uscire. Ma se un operatore è triste deve sapere di esserlo onde evitare di trasmettere tutta questa tristezza a chi lo circonda compresi i pazienti.

La vergogna



La vergogna è la penosa sensazione di essere inferiori e indegni o l'umiliazione di fronte ad altri ed ha la caratteristica che ci si può vergognare per identificazione. Il segno caratteristico della vergogna è noto a tutti, cioè il rossore del volto.

Questa è una emozione importantissima in ambito sanitario e ha sicuramente una forte componente culturale.

Il conto con la vergogna un infermiere li fa il primo giorno di tirocinio, cioè la prima volta che esegue la prima tecnica che da imparare, il lavaggio del malato. Se poi sei in un reparto dove i pazienti hanno il sesso opposto al tuo il vortice della vergogna ti risucchia per tutta la prima settimana! Ci si vergogna per se stessi e perché l'altro prova vergogna.

Ma si prova vergogna anche se si debbono fare cose per le quali non ci si sente all'altezza. Io mi vergogno quando mi chiedono di fare delle iniezioni intramuscolo perchè pur inserendo aghi nelle vene tutti i giorni e facendo cose

decisamente più complesse e rischiose io non mi sento davvero capace di fare le iniezioni. Per una infermiera saper fare le iniezioni è il passo successivo all'igiene personale per cui è inaccettabile che io dica no e ancora meno no non sono capace. Per molto tempo tutte le volte che mi trovavo a fare delle intramuscolo era un dramma, ci mettevo un sacco di tempo e un sacco di energia. Trovavo mille scuse per delegare il lavoro ai miei colleghi. Diventare consapevole di questo non credo abbia migliorato la mia abilità ma ha allentato molto la tensione, gestisco meglio la vergogna e, soprattutto, faccio al meglio una cosa accettando di non eccellere in tutto.

Dell'umiliazione in campo sanitario si è fatto un sistema educativo. Ho visto medici trattati dai loro primari in modo terribile che a capo chino si prestavano ad ogni richiesta o meglio ad ogni ordine. Il messaggio era chiaro: il lavoro è duro e le gerarchie sono roba seria. Se sopravvivi bene se no pace.

Ovviamente anche la vergogna ha delle funzioni. In primo luogo, un po' come la tristezza, predispone gli altri a non aggredirci, o a essere più indulgenti nella punizione. Da un punto di vista sociale ci aiuta a comportarci uniformemente alle norme del gruppo proteggendo la nostra identità all'interno di esso.

Sicuramente la vergogna è legata all'autostima e alla fiducia in se stessi.

Uno dei modi migliori per gestirla è iniziare a parlarne, ovviamente con qualcuno non giudicante, magari proprio con un counselor.

Talvolta si confonde la vergogna col senso di colpa che però non è causato da una umiliazione ma dalla convinzione, cioè da un aspetto più cognitivo, di avere fatto qualcosa che non dovevamo fare causando male per altri.

Il senso di colpa è un elemento importante in sanità, per me lo è anche socialmente. Importante fino a quando non si cronicizza e se risponde a un principio di realtà. Mi spiego meglio. Per un medico o un infermiere è più che mai necessario avere un meccanismo che ne limiti i comportamenti deleteri per le altre persone o che induca a riflettere, per non ripeterli, su errori legati alla violazione di norme che non si dovevano violare. Se non sto attenta alla prescrizione di una ricetta e sbaglio dosaggio

cagionando danno alla persona che si è affidata a me io sono realmente in colpa. Sapevo che dovevo prestare attenzione e non l'ho fatto. Il senso di colpa mi indurrà a modificare il mio comportamento. Se mi sento in colpa tutte le volte che faccio un prelievo perché so di cagionare dolore infilando un ago allora il senso di colpa diviene un problema limitante per la mia attività. La percezione del dolore non è del tutto legata a me, per fare un esempio. Se poi mi sento in colpa per la mancata guarigione o la morte di ogni paziente è la fine.

Eppure questo capita. Anche in questo caso il primo passo è divenire consapevole e iniziare a parlarne con qualcuno, imparare a distinguere ciò che davvero dipende da me e ciò che non dipende da me.

La collera



I medici sono sempre arrabbiati, le infermiere tengono sempre il muso, le caposala sono dei Cerberi indescrivibili. Chi di noi non ha in se questi stereotipi delle figure sanitarie?

Ed è vero, molto spesso il personale sanitario è arrabbiato e sa perfettamente che non dovrebbe esserlo! O ancora meglio sa che non dovrebbe esprimere la sua rabbia mai coi pazienti, mai coi parenti, mai coi superiori, mai coi dirigenti. La si può esprimere con i sottoposti e, chiamo a testimonianza tutti gli infermieri d'Italia, lo si fa. I medici

con gli infermieri, gli infermieri con gli ausiliari, le caposala con gli infermieri e gli ausiliari, gli ausiliari con le donne delle pulizie, i primari con gli assistenti, gli assistenti coi tirocinanti, ecc... In un delirio che genera nuova rabbia. In realtà si va in collera anche con pazienti e parenti come tutti sappiamo.

Ma che cos'è questa emozione? Da un punto di vista fisiologico ha la caratteristica di fare aumentare il tono muscolare, specie delle braccia con la dilatazione di vasi periferici, aumenta il ritmo respiratorio e la frequenza cardiaca. Da un punto di vista funzionale tutto questo ci serve per prepararci alla lotta da un lato, ma anche a renderla inutile intimorendo l'avversario.

Per i cognitivisti proviamo collera quando più o meno contemporaneamente valutiamo un evento : indesiderabile, intenzionale, contrario al nostro sistema di valori, controllabile con la collera.

La rabbia o collera, ha una caratteristica importante, ovvero non è socialmente "legittima", o almeno non per tutti. Non solo non è legittimata la sua espressione, ormai sembra non legittimo neppure provarla. Allora la si inibisce ottenendo un meraviglioso effetto "pentola a pressione". Fino a che la valvola di sfogo della pentola funziona si avranno dei piccoli accettabili sfoghi, magari a sproposito ma questo poco importa, quando la valvola si ottura si esplosione e "si fa il botto".

Per il mondo sanitario la collera e la sua gestione sono un fatto di vera e propria etica professionale. Prendere a pugni un paziente o un suo familiare non è un comportamento mai ammissibile, non lo è neppure urlare contro di loro impropri. Molti degli attacchi di ira dei medici o degli infermieri non sono legati ai pazienti stessi, ma sono rivolti verso di loro perché, purtroppo, sono i più deboli della situazione. Altro grande motivo che genera collera è legato alla differenza di valori. E' innegabile ci sono persone che fanno e dicono cose che ti fanno impazzire. I cinesi non si soffiano il naso in pubblico dunque se sono raffreddati tirano su col naso. Quando da piccola tiravo su col naso mia madre mi sgridava severamente per cui per me è un comportamento socialmente indesiderabile e che mi fa decisamente arrabbiare. Lo tollero una, due, tre volte in una mattina ma

se i clienti cinesi sono più di tre inizio ad essere nervosa, il cuore si velocizza e mi vengono anche pensieri intolleranti. Poi, grazie al cielo, mi dico che non lo fanno intenzionalmente e non lo fanno contro di me per cui riesco a riportare tutto ad un livello tollerabile. Talvolta, da un paio di anni a questa parte, proprio quando non resisto più, arrischio un comportamento materno/educativo che sostituisce il ceffone e spesso non cambia la situazione ma mi calma. Sottolineo gentilmente che nella cultura italiana tirare su col naso è segno di maleducazione e porgo un fazzoletto. (a scriverla fa ridere ma dal vivo è molto più semplice).

Non è che tutti i giorni siano un tormento, è ovvio. Talvolta si prova felicità e amore anche in ambienti sanitari. Ovviamente in questo lavoro ho sottolineato ciò che è un problema e che secondo me dovrebbe essere affrontato col counseling anche se un breve accenno lo meritano anche le così dette emozioni positive perché se le prime come abbiamo visto hanno aiutato l'essere umano a vivere in un mondo ostile, queste aprono la porta alla creatività, cioè sono una risorsa che il counselor non deve trascurare. Nel loro libro "la forza delle emozioni" André e Lelord danno semplici definizioni e differenziazioni di gioia, felicità e buon umore. A me interessa sottolineare che nel loro lavoro affermano che il buonumore induce a dare una mano all'altro, rende creativi, permette di decidere meglio e di essere più audaci senza però far correre rischi esagerati. Queste caratteristiche per l'ambito sanitario vogliono dire saper trovare soluzioni sempre nuove, saper decidere cosa fare e non fare in casi limite, di essere propositivi, intraprendenti senza accontentarsi della routine.

1.7 I bisogni

Ultimo elemento che mi serve per definire di che cosa parliamo è il grosso capitolo dei bisogni. Il medico, l'infermiere, il fisioterapista e tutti gli altri operatori sanitari in generale sono visti come coloro che rispondono a dei bisogni. Io farò delle considerazioni sul fatto che sono anche portatori di bisogni. Mi arrischierei anche a sostenere che la scelta stessa della professione di aiuto in

generale e quella sanitaria in particolare risponde ad un bisogno.

Che cosa intendiamo per bisogno e a cosa serve? Che cosa ci interessa lavorare sui bisogni con gli operatori sanitari? Partiamo dalla prima domanda.

Che cos'è un bisogno e a cosa serve?

Dal vocabolario si legge per bisogno:

1 *sm*

mancanza di qualcosa; necessità materiale o morale, più o meno impellente

2 *sm*

la cosa che occorre; quanto è necessario

3 *sm*

grande povertà, miseria¹²

Anche per Abram Maslow un bisogno è la carenza di un oggetto desiderato, tale che il soggetto tenderà nei suoi comportamenti ad appropriarsi di questo oggetto

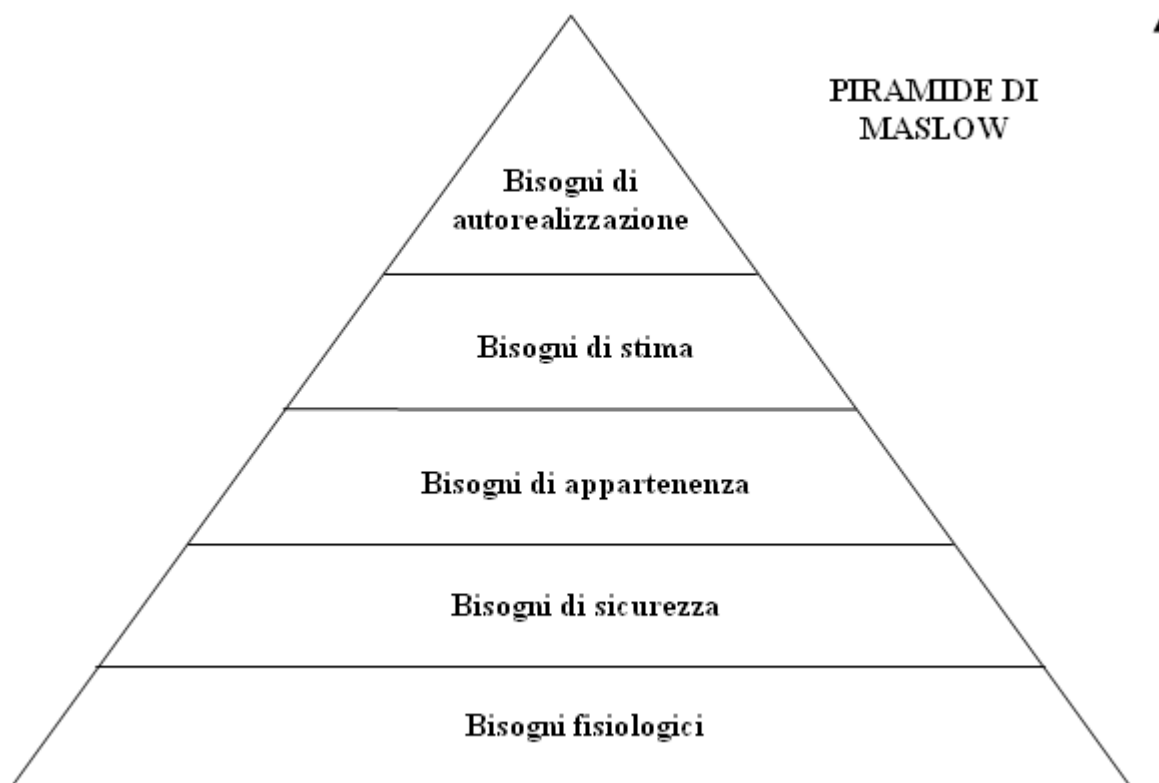


Abram Maslow

Egli lega il concetto di bisogno a quello di motivazione in quella che è la teoria della gerarchia dei bisogni molto nota e usata in ambito infermieristico.

Secondo questa teoria un bisogno è motivante soltanto se è stato soddisfatto o parzialmente soddisfatto il bisogno del gradino precedente (cioè inferiore) nella scala da lui elaborata e che propongo di seguito

¹² www.dizionario-italiano.it



Altri autori di provenienza psicoanalitica invece fanno la distinzione fra bisogno e desiderio. Il bisogno è una necessità primaria dell'organismo, una tensione che va risolta ma che non è legata ad un oggetto. Il desiderio invece è sempre legato ad un oggetto ed è secondario al bisogno che permane sempre al di sotto di questo.

Dunque il bisogno è una mancanza che l'uomo tende a soddisfare ed è motivante, cioè spiega il perché di un comportamento. Se consideriamo la seconda definizione data, il bisogno è inoltre una spinta energetica che segue un principio base che è quello dell'auto-conservazione della specie.

Colui che si dice privo di bisogni dunque mente o è nei guai forti con se stesso!

A parte gli scherzi la nostra società ci educa da una parte a non dover avere bisogno di niente e di nessuno generando però bisogni materiali sempre più strani e differenti ai fini economici. In realtà il bisogno spinge, è la benzina, della motivazione a fare qualcosa. Così a me pare che mai come ora l'uomo sia pieno di bisogni ma che non possa contare su nessuno che lo aiuti a comprenderli e a raggiungerli. Se portiamo consapevolezza sui reali bisogni

qualcuno dovrà scendere dall'Olimpo! Primi fra tutti gli operatori sanitari.

Ma facciamo ordine. Se accettiamo per vero che il bisogno è una mancanza a cui tendiamo cosa vuol dire che si fa una professione di aiuto per bisogno? Perché uno dovrebbe diventare medico e sottoporsi a scuole e tirocini, gavette e notti estenuanti per guadagnare davvero poco. Si perché guardate che chi mi dice che il medico lo fa per soldi non sa mica bene come funziona e neppure se qualcuno pensa questo per gli infermieri. Dunque con arroganza ho la certezza che non è il primo gradino della gerarchia dei bisogni che spiega quale bisogno si cerca di appagare. Salterei direttamente al terzo e al quarto gradino perché anche sulla sicurezza l'ambiente sanitario appaga poco. Certamente l'essere umano ha bisogno di appartenenza e poi di stima, due aree che le professioni di aiuto appagano abbondantemente. Si appartiene a un gruppo, addirittura possiamo dire che a volte si appartiene a una casta molto esclusiva e in generale si è stimati dalla gente, dal sistema sociale dalla famiglia. Non solo ma, e qui mi riferisco in particolar modo ai medici e agli infermieri, a fare questo lavoro ci si sente, o si pensa di potersi sentire, realizzati. Non c'è nulla di male a fare una professione per appagare questi bisogni, anzi se i bisogni sorreggono la motivazione, per fare qualsiasi lavoro si necessita di un bisogno. Occorre però dirlo, a se stessi intendo. Perché se no si finisce per crederci tutti missionari buoni e privi di interesse al beneficio personale e per mantenere questo ruolo si usano energie a dismisura o, ancora peggio, si arriva al punto che ci si chiede come mai tutti c'è l'abbiano con noi che pure ci sacrifichiamo ogni mattina per gente ingrata. Ma un professionista dell'aiuto spesso è stato aiutato, la maggioranza dei counselor che conosco sono arrivati al counseling come clienti. Molti medici hanno fatto questa scelta perché hanno fatto esperienza di dolore o altri per avere l'approvazione di loro padri che a loro volta erano medici. Molti infermieri uguale, altri perché volevano (io dico avevano bisogno) sentirsi utili, o almeno non inutili.

Dunque i bisogni che tanto ci insegnano a celare ci rendono "brave persone" cioè ci spingono verso il miglioramento di noi e di ciò che ci circonda. I bisogni

hanno una dignità e il counseling lavora molto sull'identificazione e appagamento dei bisogni.

Perché è necessario lavorare sui bisogni nelle professioni sanitarie?

Indubbiamente il ruolo del counseling nei confronti dei bisogni è doppio. Uno di tipo educativo: educare i professionisti sanitari a identificare i bisogni e come appagarli in virtù del lavoro di aiuto.

Uno di sostegno: fornire un luogo e un metodo per identificare e esprimere i propri bisogni

Non c'è da scordarsi che molte delle professioni sanitarie provengono dalla cultura cattolica. Le infermiere un tempo erano per la maggior parte suore e le infermiere civili dovevano sottostare a un codice morale ed etico molto simile a quello dei conventi. La cultura cattolica è stata per molto tempo svilente nei riguardi della soddisfazione dei bisogni. Anzi per un religioso la rinuncia e il sacrificio erano un valore a cui tendere. Basta chiedere alle infermiere quante volte in una mattina vanno in bagno. In un turno da sei ore e venti la maggioranza di loro non va in bagno e se è un po' che lavora non ne sente neppure la necessità fino a che non finisce il suo orario.

Se poi si indaga sui bisogni non fisiologici c'è una grande difficoltà a esprimere cosa ci serve. La maggioranza degli operatori sanitari a cui viene chiesto di che cosa hanno bisogno per lavorare meglio e più serenamente risponde: più organico. Di organico c'è sicuramente bisogno ma non è tutto riducibile a questo. Mi ha colpita l'esperienza dei corsi di aggiornamento fatti presso l'hospice perché pur avendo anch'essi l'organico minimo necessario le loro tensioni sono molto minori, la loro soddisfazione è maggiore e se fai domande su cosa gli manca ti rispondono differenziando una parte pratica ed una personale. Facendo domande per capire questo fenomeno ho scoperto che periodicamente la equipe si trova in un gruppo di supervisione non di casi clinici ma di sostegno agli operatori. Pur essendo a contatto con eventi ad alto contenuto stressogeno hanno imparato a gestirlo nel luogo appropriato, hanno imparato ad esprimere i loro bisogni

consapevoli che non sono nulla più ma neppure nulla di meno di esseri umani.

Capitolo 2

Il Burn-Out

Quando chi aiuta ha bisogno di aiuto



Mi pare che il burn-out meriti qualche considerazione a se perché lo ritengo ciò che succede quando gli operatori sanitari sono privi di formazione professionale e personale negli ambiti trattati nel primo capitolo.

Partiamo da alcune definizioni.

‘Negli anni settanta Maslach per primo definì con il termine di burn-out sindrome (letteralmente sentirsi bruciati) una condizione di esaurimento psichico ed emotivo che provoca un atteggiamento negativo nei confronti di se stessi e del proprio lavoro ed un deterioramento nella relazione con il paziente’¹³

E’ una sindrome a cui sono soggetti tutti i professionisti che si occupano a titolo diverso di aiuto e che per i medici pare raggiungere una incidenza dei 40%.¹⁴ Il burn-out è una delle cause maggiori di assenteismo dal lavoro negli operatori sanitari con particolare riferimento a infermieri e medici.

In alcuni autori il burn-out è stato *‘[...] inteso come una strategia particolare adottata dagli operatori per contrastare le condizioni di stress lavorativo determinata da uno squilibrio tra richieste/esigenze lavorative e risorse disponibili.’¹⁵*

¹³ Dott.ssa Maria Galantucci del 5-2-2008 in www.psicologi-italia.it

¹⁴ Fonti wekipwdia

¹⁵ Prof. Antonello Bellomo da www.medicigaleno.org

Queste definizioni ci dicono che pur non essendoci concordanza su un'unica definizione, il burn-out è un evento multifattoriale con alcune caratteristiche e cause che lo delimitano e lo differenziano per esempio da forme di depressione o stress.

Nelle professioni di aiuto, note in letteratura col termine inglese di helping profession, il lavoratore è soggetto a due fonti di stress una derivante da lui stesso, l'altra da chi sta aiutando.

Il soggetto colpito da burn-out manifesta sintomi generali di irrequietezza, senso di stanchezza, nervosismo, insonnia e sintomi somatici quali tachicardia, nausea, cefalee, vertigini ecc... Da un punto di vista psicologico dimostra scarsa stima di sé, depressione, rabbia e risentimento, rigidità di pensiero paranoie, cinismo difficoltà di relazione con colleghi e utenti, isolamento. Queste caratteristiche lo portano di frequente ad un abuso di farmaci, alcool e sostanza di vario genere.

Le cause dell'instaurarsi della sindrome del burn-out sono in generale divise in aspecifiche e specifiche. Le prime comprendono una serie di elementi di stress molto legati dalle aspettative che il soggetto aveva nel momento della scelta della professione, dalla motivazione, e dal valore che esso dà a questi elementi uniti al riconoscimento da parte dei colleghi specialmente superiori. Tutti questi elementi sono stati trattati nel precedente capitolo e ritengo che siano campo di intervento preventivo col counselling. Credo molto rilevante per l'ambito sanitario quanto ritiene Freudenberg e cioè che sono più a rischio i soggetti che fanno della loro vita lavorativa un surrogato della vita privata investendo su di essa aspettative ed energie irrealistiche. Non va dimenticato che gli operatori sanitari vivono, specialmente quelli ospedalieri ma non solo, vivono la maggior parte del loro tempo in ospedale e spesso anche a casa hanno difficoltà a "staccare la spina". Non solo. I corsi di studi sono intensi e spesso deprivano di una vita sociale e relazionale fatta di persone non del settore. I medici inoltre, e in parte anche gli infermieri, i primi anni di lavoro si sottopongono a turni lavorativi che difficilmente si incontrano in altre professioni (ricordo che per alcuni medici di alcuni reparti esistono ancora i turni di 24 ore!).



E' chiaro che i soggetti che presentano tratti di personalità più vulnerabili allo stress saranno anche i soggetti più a rischi di burn-out e si possono identificare in quelle persone che tendono ad una eccessiva abnegazione al lavoro, che si identificano maggiormente col paziente, che hanno maggiore impulsività, altamente competitivi e poco adattabili. A questi elementi si aggiungono quelli di carattere organizzativo a cui accennerò fra poco.

Per quanto riguarda le cause specifiche di stress si intende ' [...] *l'esperienza emozionale in relazione con i fattori esterni (psico- sociali) o interni (intrapsichici) [...]*'¹⁶ ovvero come i vissuti personali, le reazioni comportamentali e il livello biologico interagiscono tra loro e con lo stress. Ovviamente in questo ambito rientrano i meccanismi di difesa con cui il soggetto abitualmente reagisce agli stress che nel burn-out vengono principalmente identificati in negazione, spostamento e proiezione.

I soggetti a più alto rischio paiono inoltre, per quanto riguarda l'ambito sanitario, coloro che operano in reparti ad alta cronicità e /o mortalità mentre molto meno soggetti sono coloro che operano in settori dove la guarigione e il turn-over dei pazienti è maggiore.

Gli autori paiono concordi nel considerare alcuni fattori di rischi allo stesso modo:

1 Età e anzianità lavorativa: sono più a rischio i soggetti giovani il burn-out tende a svilupparsi nei primi anni di vita

¹⁶ Dott.ssa Maria Galantucci del 5-2-2008 in www.psicologi-italia.it

lavorativa ma la questione dà differenti riscontri a seconda delle ricerche

2 Sesso: sono più soggette a burn-out le donne che in genere hanno più carico di lavoro degli uomini specie di tipo accuditivi

3 Stato civile: relazioni fisse e figli diminuiscono il rischio di burn-out

4 Sovraccarico lavorativo e turnazione: il maggior carico lavorativo induce il burn-out e per alcuni autori è questo il motivo per cui sono maggiormente soggetti a burn-out gli infermieri. A mio parere questo è vero se visto in un'ottica più ampia comprendente la percezione di ruolo professionale e sociale

In genere gli operatori sanitari che sviluppano burn-out presentano quattro fasi di sviluppo della sindrome:

- 1) **Entusiasmo idealistico**: le motivazioni che hanno portato alla scelta del lavoro sono marcatamente evidenziabili in miglioramento del mondo e di sé, lavoro di prestigio e sicuro per quanto riguarda quelle consapevoli e desiderio di conoscenza di sé, esercizio di potere e di controllo sugli altri, quelle inconsce, il tutto condito con aspettative di onnipotenza che come abbiamo già detto saranno inevitabilmente deluse, nonché aspettative di riconoscimento e apprezzamento sociale, avanzamento di carriera.
- 2) **Stagnazione**: il lavoratore inizia, pur continuando a lavorare, a rendersi conto che i suoi bisogni non sono soddisfatti
- 3) **Frustrazione**: l'operatore sanitario inizia a sentirsi inutile, inizia a percepire la struttura come inadeguata, la formazione inferiore alle richieste che gli vengono fatte e si disinteressa sempre più al lavoro. Spesso a convalida di queste sue teorie vede colleghi che non lo sanno valorizzare o lo svalutano e pazienti che non hanno fiducia. E' in questa fase che appaiono infatti l'aggressività, l'assenteismo, il malessere fisico, l'isolamento
- 4) **Disimpegno emozionale**: dall'empatia si passa all'apatia e ad una vera e propria morte professionale.

Nel burn-out l'organizzazione del lavoro pare avere una grande importanza. Nel capitolo seguente farò altre considerazioni sul contesto di lavoro specifico delle

professioni sanitarie mentre per il momento mi orienterò ad alcune note relative al burn-out.

La natura del lavoro sta rapidamente modificandosi e ai lavoratori è chiesta una sempre maggiore capacità tecnologica ed umana. L'efficienza e l'efficacia, i budget da rispettare, le crisi sociali e umane non hanno certo risparmiato il mondo sanitario.

Due autori in particolare, Maslach e Leiter, hanno messo in evidenza che la sindrome del burn-out ha maggiori probabilità di svilupparsi in quelle strutture organizzative ove vi è maggiore discrepanza tra natura del lavoro e natura delle persone che svolgono tale lavoro.

Nelle strategie d'azienda dunque occorre calcolare con precisione quanto investire in tal senso perché il costo in termini di inefficienza e di abbandono da burn-out pare oggi non più accettabile. Inoltre il burn-out può essere "sconfitto" con la prevenzione che si deve articolare da un lato sullo sviluppo umano dei singoli in modo che sappiano riconoscere e gestire lo stress, che sappiano alimentare le loro motivazioni e accettare i limiti umani a cui sono soggetti e dall'altro lato assumendo un impegno in termini di orario, turnazione, salario e riconoscimento dei lavoratori.

Nella prima parte il counseling entra a pieno titolo come professione atta a sostenere l'individuo e le sue risorse.

Capitolo 3

Dove

Con che contesto dobbiamo confrontarci?

Nel primo capitolo ho cercato di definire le principali macro aree su cui lavorare col counseling in ambito sanitario, nel secondo ho evidenziato un effetto specifico di problematica in tali aree che riguarda le professioni sanitarie. Quello che cercherò di fare ora è delineare il contesto in cui tutto ciò va inserito.

Ogni counselor è chiamato nel rapporto uno ad uno ad adattare il percorso al cliente. Non è una operazione facile ma neppure impossibile. Questo principio vale ancora di più se il cliente è inserito in un contesto complesso come quello sanitario e/o se il cliente diventa una intera équipe sanitaria.

Quando si parla di sanità si intende per lo più l'ospedale o la clinica anche se il mondo sanitario è molto più complesso e variegato.

Un ospedale o una clinica sono una organizzazione molto complessa e non è mia intenzione analizzarne le dinamiche e le contraddizioni come è competenza sociologica. Quello che farò è cercare di dare alcuni elementi utili per capire il contesto in cui vanno ad inserirsi le considerazioni fatte nel precedente capitolo.

3.1 La vita di reparto



Che cos'è un reparto? Un po' come al supermercato le stesse tipologie di prodotti sono su uno stesso scaffale così le stesse tipologie di malattia sono in una stessa area in un ospedale. Da notare in questa frase per l'interesse del counselling è che i reparti sono suddivisi per malattie simili e non per persone simili. Negli ospedali moderni inoltre sta scomparendo la distinzione di reparto X uomini e reparto X donne in quanto le stanze più piccole, in genere a due letti, permettono di suddividere per sesso i pazienti lasciandoli in un stesso reparto.

L'unica vera distinzione per tipologia di malato è fatta tra adulti e bambini, anche qui considerando che in pediatria ci vanno soggetti fino a 15 anni (con molte eccezioni) che proprio bambini non sono.

Gli operatori sanitari dunque debbono lavorare con persone estremamente differenti tra loro, che portano differenti vissuti e dunque mappe personali variegata. Dovranno essere flessibili passando da un letto all'altro.

Molti pazienti oggi sono inoltre stranieri e le difficoltà comunicative e culturali sono davvero grandi

In genere un reparto è poi strutturato per turni che variano molto da reparto a reparto. Tra un turno e l'altro c'è un momento detto consegna dove ciò che è accaduto in un turno viene "lasciato in eredità" al turno successivo.

Questa delicata operazione è fatta in tempi ristretti con il turno che finisce che non vede l'ora di andarsene e quello che entra di incominciare a lavorare per avere il tempo di fare tutto.

Ogni reparto è composto poi da professionisti di natura diversa, con competenze e ruoli diversi. In generale si va da quello che io continuo a chiamare primario in modo improprio visto che oggi si dicono direttori (di dipartimento, di unità operative ecc...), che coordina il personale medico di tutti i livelli e che dirige l'andamento globale del reparto, la direttrice dell'assistenza ovvero la vecchia caposala che dirige il lavoro di infermieri e operatori socio sanitari, personale ausiliario di pulizia e una serie di altre figure più o meno specializzate che passano ogni giorno per i corridoi di un qualsiasi reparto.

Da quanto ho detto fin qui mi sembra ci siano i dati che più ci interessa considerare e che sono:

un reparto è un insieme complesso di persone con ruoli molto differenti;

un reparto è, in generale, orientato alla malattia;

è una organizzazione dinamica in quanto in fase di cambiamento;

è spesso un luogo caotico;

Da quanto ho detto ho escluso, dandolo per scontato, che è un luogo dove si respira sofferenza.

Storicamente i reparti sono organizzati per prestazioni in una routine piuttosto rigida e molto lontana dalla vita reale. Questo vale sia per chi li vive come paziente sia per chi li vive come luogo lavoratore.

Al mattino si lavano i pazienti e si dà loro la colazione seguita dalla terapia. Poi c'è il giro delle visite mediche, poi il riordino delle cartelle, la prenotazione degli esami, la gestione burocratica e la risposta alle urgenze i ricoveri. Al pomeriggio c'è la seconda pulizia dei pazienti, le terapie, gli esami vari, la refertazione, le urgenze e alla notte uguale, in molti reparti come se fosse giorno.

Ho ovviamente condensato per sommi capi il lavoro che compiono categorie differenti di persone, per esempio la visita è compito dei medici.

L'organizzazione per prestazioni è, non si può negare, molto efficiente. Sai cosa devi fare e a che ora. Rende anche sicuri e responsabilizza quel minimo richiesto dalla prestazione.

Ma non rende certo sereni. Sviluppa poco la creatività e spersonalizza sia i pazienti, come ormai è ampiamente documentato, ma anche gli operatori, specialmente gli infermieri. Questo è ancora più vero oggi dove il profilo professionale dell'infermiere mette tra le competenze proprie della professione infermieristica quelle relazionali. Infatti il lavoro per prestazione o compito non favorisce la relazione interpersonale. Anche questo ha un suo vantaggio: chi non vuole essere coinvolto può farlo più facilmente.

In molti reparti in questi anni si sono sperimentati modelli basati sui bisogni e i tempi della persona. Cioè si è tentata una organizzazione personalizzata.

Questo modello è certamente il più umano e il migliore per il paziente, che in questi modelli in genere è denominato utente. Non sempre è un bene per il professionista e non

sempre dà i migliori risultati da un punto di vista della cura.

Per esempio in un reparto di emergenza quale ad esempio il pronto soccorso non solo è impraticabile ma non è neppure molto efficace.

Negli ospedali all'avanguardia, o meglio nei reparti dove i primari e le caposala sono aggiornati e intraprendenti si fa un mix tra le due modalità.

Questa mia ultima frase è essenziale per il lavoro di counselling perché evidenzia che un reparto è fatto di persone differenti tra loro e che c'è una gerarchia che non va scavalcata. Se si propone un counseling di gruppo in modo particolare, è necessario conoscere le relazioni di potere formali e reali di chi partecipa al gruppo.

3.2 Medici e infermieri



Medici e infermieri sono le due figure che in una organizzazione sanitaria sono numericamente più elevati. Sono, diciamo, i due cardini dell'ospedale. Sono anche il gatto e il cane dell'ospedale.

Hanno una formazione diversa, non solo per competenze che mi pare ovvio, ma anche per educazione.

Storicamente l'infermiere, che in tutti i testi fino agli anni novanta veniva spesso scritto al femminile, è una professione ausiliaria al medico.

Storicamente il medico, scritto da sempre al maschile, sapeva che le infermiere erano al suo servizio con precise mansioni.

Se si fa counseling in un équipe mista queste cose incideranno più di quanto si pensi.

Oggi gli infermieri sono laureati ma questo da pochissimi anni. Io stessa sono diventata infermiera prima della istituzione della laurea.

La storia della sudditanza infermieristica ai medici è finita da poco e questo incide su un reparto perché oggi la definizione dei ruoli è un vacillante.

In uno stesso reparto si trovano infermieri che si descrivono in un modo e infermieri che hanno la percezione di loro stessi in tutt'altro modo. Ci sono medici che considerano gli infermieri colleghi altri che continuano a considerarli sottoposti.

Ma non solo la professione infermieristica è cambiata, anche quella medica. Fino a venti, forse anche meno, anni fa davvero poche persone mettevano in discussione le parole di un medico, sia nello specifico professionale che quando parlava di argomenti di cultura generale. Da noi c'è un detto per esprimere che non sei obbligato a fare una cosa che dice "non te la mica ordinato il dottore", ma se lo avesse fatto sarebbe legge!

Leggere il contesto significa identificare queste sfumature. Vi faccio un esempio. Per me sarebbe difficile sentirmi appellare dottoressa da un paziente o da un medico o altri. Per alcuni miei nuovi colleghi è normale e scontato perché è un titolo legato alla laurea e non alla professione. Per me il dottore all'interno del contesto sanitario è un medico. Nei molti corsi di aggiornamento che ho fatto lo scorso anno gli infermieri rivendicavano ancora la loro autonomia e mettevano fra i principali loro bisogni un maggiore rispetto da parte dei medici. Con una eccezione che mi ha fatta riflettere. I pochi infermieri giovani laureati. Per molti di loro la percezione era differente e mi dicevano che dopo tutto la situazione non è, da questo punto di vista, così problematica come la dipingevano durante il corso di studi.

3.3 Una questione di tempo



La prima cosa che impari di un reparto di ospedale è che non c'è mai tempo. Mai tempo per ascoltare, mai tempo per essere ascoltato, mai tempo per finire tutto.

Da quello che mi dicono i miei colleghi ancora impiegati in ospedale oggi è ancora peggio.

Eppure questa cosa a me ha sempre lasciato perplessa e vi spiego perché. La prima volta che mi sono trovata da sola in clinica, non più allieva e non più nuova assunta in addestramento, ho passato una settimana difficile per fare tutto in tempo utile. Col trascorrere delle settimane mi sono accorta di potere fare tutto in molto meno tempo dell'inizio. Ovviamente se ne è accorta anche la mia caposala che mi ha affidato compiti ulteriori. Così di nuovo mi sono trovata a dover correre e non potermi mai fermare con qualcuno. Per questo, secondo la mia caposala, c'erano le notti! Mi sembra logico andare a svegliare uno che aveva bisogno nel pomeriggio del giorno prima per dirgli "salve ora a sua disposizione!".

In ogni caso e a parte l'ironia si potrebbe pensare che non avevo comunque scelta. Io non sono d'accordo. La scelta di non fare un lavoro che ha l'obiettivo di "mettersi avanti" spettava a me. So, ovviamente, che molti reparti sono in perenne corsa non per "mettersi avanti" ma per fare il minimo richiesto ad ogni turno. Sono consapevole dei problemi di organico e di organizzazione, so che un reparto e un ospedale debbono mantenere dei livelli di prestazioni che non siano svantaggiosi da un punto di vista economico. Sono consapevole di tutto ciò. Ma l'organizzazione è fatta di persone che ne determinano la linea e le priorità ed è per questo che credo che investendo anche sui singoli si

possa fare molto per l'organizzazione nel suo insieme. Tra le altre cose bastano davvero pochi istanti per entrare in empatia con una persona e il tempo per essere accoglienti è esattamente lo stesso che si impiega a essere scortesi. Quello che può cambiare in termini di tempo è che per occuparsi di se stessi, o per essere espliciti, per aderire a progetti di counseling singoli o di gruppo è necessario investire del tempo in questo.

Anche qui però a mio avviso siamo di fronte a una mezza verità. E' vero che il reparto deve investire tempo e denaro se vuole introdurre il counseling per sostegno agli operatori sanitari ma quanto tempo si risparmia in termini di fuga di personale e conseguente addestramento dei novi?

Come abbiamo detto nel precedente capitolo le questioni organizzative non sono di poco conto nel lavoro sanitario perché incidono in modo determinante sulla soddisfazione lavorativa del singolo. Il burn-out vede nella organizzazione una delle maggiori cause scatenanti.

Capitolo 4

Come e Quando

Come agire per essere bene accolti ed essere efficaci

Nelle seguenti poche righe farò qualche considerazione in merito al come fare counseling e in che tempi tenendo conto di quanto detto sul contesto.

4.1 Addestrare gli operatori

La prima area di intervento è forse fornire all'operatore sanitario uno strumento di lavoro relazionale col paziente, ovvero fornirgli elementi di counseling applicabili.

Non mi dilungherò molto non essendo il punto di vista di questo elaborato, faccio solo qualche accenno partendo dalla seguente considerazione: agli operatori sanitari piace di più fare le cose per gli altri che per se stessi.

Dunque avvicinarli al counseling in questo modo penso possa essere un buon modo. Ammettere di non sapere comunicare, di non avere competenza emotiva e di avere un mucchio di bisogni inappagati non è facile, per nessuno. Nelle professioni sanitarie ancora meno, forse perché dal mio punto di vista una scarsa umiltà serve anche a compensare un reale deficit di autostima e un po' di senso di onnipotenza è necessario per mettere tutta la tua energia nel 'salvare' o proteggere la vita degli altri.

Ma la vera domanda è quale addestramento. Molte cose dal punto di vista teorico si fanno. Ma non bastano. Per questo credo che gli elementi di counseling debbano essere insegnati con addestramenti fatti per buona parte di esperienze, role-play e simulazioni.

Per il modello a cui mi affido io poi, credo che per gli operatori sanitari serva un buon addestramento corporeo. Fare esperienza di cosa succede al corpo quando si è arrabbiati, permette di identificare la rabbia molto più facilmente che se rimane un puro esercizio mentale. Permette di identificarla in noi e negli altri. Perché se è vero ed è base del counselling che ognuno è un singolo irripetibile e diverso, ognuno è anche un essere umano simile al suo vicino, se no il principio empatico non potrebbe esistere.

4.2. I percorsi di counseling

Il titolo al plurale non è una svista. Per il mondo sanitario occorre fare grande atto di umiltà e accettare che non tutti i modelli vadano bene per tutti.

Per esempio credo che il Brethwork- counseling sia meno proponibile in un reparto di emergenza rispetto al counseling breve di Aspic, mentre possa essere di maggiore efficacia in reparti di lungo-degenza o dove si incontra più spesso la morte.

Dunque leggere il contesto prima di proporre un progetto di counselling diventa essenziale.

In modo molto generale credo che un counselor che rivolge il suo intervento agli operatori sanitari debba lavorare sui bisogni e l'espressione delle emozioni in prima istanza, come ho cercato di evidenziare nel primo capitolo. Per quanto mi riguarda, sia per il modello di counseling della mia scuola sia perché rimango una infermiera, sono convinta che il corpo in certi contesti assuma una importanza estrema. Gli operatori sanitari lavorano col corpo degli altri e sedano il proprio per non sentire tutte le esperienze di riflesso. Per fare alcuni interventi cruenti questo è necessario. Ma finito l'intervento forse avere un luogo dove potere sentire e liberare il proprio corpo permetterebbe di non sviluppare tutta una serie di malesseri.

Forse in questo conta la mia esperienza iniziale di incontro con le esperienze catartiche proposte da alcuni ambienti New Age, ma certo è che trattenere non è di grande beneficio così come non lo è esprimere tutto ciò che si prova quando non è opportuno. Ho assistito da non molto a un medico che insultava e urlava a due dita di distanza dal viso di un parente di un paziente in gravi condizioni. Nulla può giustificare un comportamento così ma ai miei occhi non era del tutto incomprensibile.

4.3 E' tempo di counseling

E qui siamo sul quando. Certamente il counseling individuale deve poter essere sempre accessibile agli operatori sanitari, ma in particolar modo nei primi tempi dove gli strumenti di difesa sono meno efficaci o rischiano

di irrigidirsi e dove, come abbiamo visto, il rischio di burn-out è più elevato. Credo che debba diventare pratica “normale” poter avere un gruppo per reparto, o per équipé, che si riunisca con periodicità fissa.

Uno sportello di counseling dovrebbe essere inoltre presente in ogni struttura sanitaria, disponibile per chi vuole o per chi deve almeno provarci. E qui si apre un problema controverso. Il counseling è, come anche la psicoterapia, un atto di volontà, ovvero non si può aiutare nessuno che non voglia essere aiutato. Però quando l'inconsapevolezza, lo stress, il burn-out insomma, incidono non solo sulla vita sua ma anche su quella di altri come bisogna comportarsi?

Io sono un po' bigotta in tal senso. Se è vero che la competenza comunicativa e quella emotiva sono competenze necessarie alla professione è obbligatorio svilupparle e coltivarle il più possibile.

D'altronde la mia formazione di counseling è stata chiara in tal senso. Le supervisioni non sono facoltative. Sono un obbligo professionale. E ci mancherebbe altro. Perché dovrebbe essere diverso per chi ha giurato di

perseguire come scopi esclusivi la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;¹⁷

o

***Farò tutto ciò che è in mio potere
per elevare il livello della mia professione***¹⁸

¹⁷ Moderno giuramento di Ippocrate secondo capoverso

¹⁸ Giuramento di Florence Nitinghale oggi non più in uso formale ma simbolicamente ancora insegnato

Conclusioni

Il tramonto è l'alba



E come ogni cosa che inizia ha una fine anche la mia formazione di base come counselor si conclude con questo elaborato. Come mio stile, ovvero per come sono io, si sarà notato che non vi sono mai vere e proprie conclusioni ai capitoli o ai paragrafi, che ci sono molte domande e pochissime risposte e che tutto si è svolto come se narrassi una storia. E questo è.

Mi piace pensare che tutte le conclusioni possano essere un inizio, come il sole che in Norvegia tocca l'orizzonte per risalire senza svanire mai, e dunque che queste poche righe siano l'inizio della mia prossima strada professionale. Lavorare con gli operatori sanitari, come credo di avere dimostrato, sarà complesso e non privo di ostacoli da superare. Ma credo che sia molto importante perché negli ospedali l'essere umano malato o sano si mostra non sempre al suo meglio. E' come se le barriere personali vacillassero ogni volta che si sente l'odore di disinfettante e come è normale sentirsi in pericolo, potrebbe essere normale sentire che una opportunità si apre a noi.

Per un counselor, per me, il sistema sanitario è come la foresta vergine per l'etologo e il botanico, un luogo dove mettersi alla prova e dove meravigliarsi ogni volta che si fa una nuova scoperta, o nel mio caso un nuovo incontro



Bibliografia

Dawn Freshwater, *Le abilità di counselling, percorsi di sviluppo delle competenze relazionali per infermieri e ostetriche*. Edizione italiana a cura di Loredana Sasso e Maria Antonietta Bianco. Ed. Mc Graw-Hill

Edoardo Giusti, Lucia Masiello, *Il counselling sanitario. Manuale introduttivo per gli operatori della salute*. Ed. Carrocci Faber

Giovanna Artioli, Rita Montanari, Angela Saffioti, *Counselling e professione infermieristica. Teoria, tecnica, casi*. Ed. Carrocci Faber

Marcella Danon *Counseling, La terapia per aiutare gli altri ad affrontare i problemi con un nuovo spirito*. Ed. Red

Luciano Marchino, Monique Mizrahi, *Counseling. Trasformare i problemi in soluzioni*. Ed Saggi Frassinelli

Alessio Roberti, Claudio Belotti, Luigi Caterino, *Comunicazione Medico-Pazient.e* Ed. NLP ITALY

Watzlawick, Beavin, Jackson , *La pragmatica della comunicazione umana* Ed. Astrolabio

Christophe André, Francois Le lord *La forza delle emozioni* Ed. TEA

Candace B. Pert *Molecole di emozioni* Ed. TEA

AA.VV. *Vissuti di cura. Competenze emotive e formazione nelle professioni sanitarie* Ed. Guerini Scientifica

AA.VV. *Quando i sentimenti interrogano l'esistenza. Orientamenti fenomenologici nel lavoro di cura* .Ed Guerini Scientifica

Siti web di interesse e consultati

www.psicopedagogika.it

www.psyreview.org

www.psyjob.it

www.evidencebasednursing.it