

SCUOLA DI COUNSELLING  
PANTA REI  
Via G.B. Morgagni, 4 MILANO

CORSO:  
“IL CAMBIAMENTO NEI CONTESTI NON CLINICI:TEORIA E  
TECNICHE”

# COSE' IL COUNSELLING

**Proposte di cambiamento in ottica sistemica  
in una Terapia Intensiva Neonatale**

Tesi di:

Federica Picelli

**a.a. 2002/2004**

# INDICE

Introduzione	pag.	3
1. Che cos'è il counselling?	>>	5
1.1 La cornice teorica		
1.2 Il contesto		
2. Il counselling come strumento dell'infermiere	>>	10
2.1 Le resistenze al cambiamento		
2.2 Come superare queste resistenze?		
2.3 Dalla comunicazione spontanea a quella professionale		
3. Può il counselling migliorare la degenza al neonato e ai suoi genitori?	>>	17
3.1 La nascita come evento traumatico		
3.2 L'ingresso in reparto		
3.3 Il tempo		
3.4 La dimissione		
4. Può il counselling rendere più appagante la professione infermieristica?	>>	24
4.1 Il counselling come prevenzione del burnout		
Conclusioni	>>	27
Bibliografia	>>	30

## INTRODUZIONE

Lavoro come infermiera presso la Terapia Intensiva Neonatale (T.I.N.) dell'Ospedale Maggiore di Parma da 15 anni e quando, due anni fa, ho chiesto ed ottenuto dalla Direzione Sanitaria un "comando speciale" per frequentare un master in counselling, nessuna delle mie colleghe sapeva di che cosa si trattasse. Adesso questa parola non è più sconosciuta.

Un crescente interesse per il C. e il suo utilizzo in ambito sanitario è reso evidente dal numero di corsi e seminari che sono stati organizzati, ad esempio, negli anni 2002- 2003 in Emilia - Romagna e dalla pubblicazione di manuali e riviste specializzate (V. La parola e la cura. Centro scientifico ed. Torino).

**Ma il counselling che cos'è?** Resta ancora una domanda che, nell'Unità Operativa (U.O.) dove lavoro, sento rivolgermi spesso con curiosità ed interesse.

Mentre penso alla risposta da fornire, mi vengono in mente altri interrogativi:

**In che modo il C. può diventare uno strumento di lavoro per le infermiere della T.I.N. ?**

**Può migliorare qualitativamente la degenza al neonato e alla sua famiglia?**

**Può servire agli operatori sanitari per vivere la propria professionalità in modo più appagante?**

La mia ipotesi di partenza è che un'esigenza di cambiamento nel modo di pensare/agire in termini relazionali all'interno della T.I.N. sia fortemente sentita almeno su due fronti:

- quello relativo al personale infermieristico, che sta vivendo un momento di impasse e disagio psicologico, con un calo di motivazione professionale, più legato all'aspetto del "saper essere" che del "sapere" o "saper fare".
- Quello costituito dai genitori, che rivendicano sempre più il diritto all'informazione, a rimanere vicino al loro piccolo e a non essere esclusi dal suo processo di cura, supportati in questo da una legislazione molto chiara in merito ( v. legge 285 del 1997, leggi regionali n° 24 del 1980, n° 27 del 1989, n° 26 del 1998 ).

L'intento di questo scritto è quello di offrire degli spunti di riflessione, introdurre punti di vista diversi dal consolidato modo di concepire la cura nella Neonatologia di Parma.

In altre parole proporre il counselling sistemico - costruzionista, sia come strumento per vivere in modo diverso le relazioni interpersonali, soprattutto genitori/infermiere e infermiere/infermiere, sia come strategia per il cambiamento attraverso la co-costruzione di una nuova realtà di reparto che interrompa il circolo vizioso della "profezia che si autodetermina" del : "In questo reparto non cambia mai niente"- "Qui le cose vanno sempre peggio".

## 1 - CHE COS'E' IL COUSELLING ?

Se dovessi spiegare alle mie colleghe cosa vuol dire la parola counselling, così, semplicemente scritta sopra un foglio bianco, avrei grosse difficoltà, tante sono le definizioni possibili e gli ambiti in cui applicarla. Preferirei partire subito dalla cornice teorica entro cui inserirla e dal contesto pratico dove calarla perché, come dice Bateson, “senza l’identificazione del contesto non si può capire nulla”.

### 1.1 La cornice teorica

La scelta iniziale di frequentare una scuola di C. ad indirizzo sistemico-costruzionista non è stata subito dettata da una adesione pienamente consapevole al modello teorico, infatti, dopo il primo anno di formazione presso il Centro Pantarei, mi sono chiesta se non sarebbe stato meglio seguire una scuola specifica per operatori sanitari, in cui apprendere peculiari abilità, come i counselling skill, quali strumenti immediati da impiegare nella relazione d’aiuto.

Adesso che sperimento il C. come una competenza professionale acquisita nella relazione quotidiana con l’altro, utente o collega che sia, mi rendo conto sempre più dell’importanza di avere alle spalle una teoria di riferimento.

Il modello sistemico socio-costruttivista può introdurre una nuova prospettiva relazionale nella T.I.N di Parma nella misura in cui afferma: “Ogni persona dà senso alla propria esperienza e agisce nelle relazioni con gli altri a partire da un insieme di premesse e credenze personali che derivano dalla sua specifica posizione nella situazione interattiva, dalle esperienze vissute precedentemente all’interazione data o a quelle che vive nei propri rapporti con gli altri”.

(L. Fruggeri, 1998).

“...Attraverso la comunicazione, i partecipanti all’interazione non si scambiano soltanto informazioni o messaggi che essi interpretano secondo il proprio sistema di premesse, essi

negozano anche i significati da attribuire a eventi e comportamenti, costruiscono identità individuali e collettive, definiscono ruoli e relazioni, sviluppano un modo specifico di organizzare la realtà ( Pearce, Cronen,1980; Cronen et al., 1982; Pearce, 1994).

La relazione tra utente, sua famiglia e operatore sanitario è dunque un processo che si costruisce in modo interattivo; in particolare nell'U.O. di Neonatologia la relazione più significativa, in termini di tempo e di coinvolgimento emotivo, avviene tra i genitori che entrano in reparto con le loro storie, i loro sistemi di credenze, le loro dinamiche relazionali e le infermiere, anch'esse portatrici di storie, miti e stili personali nel rapportarsi con gli altri.

Ogni volta che viene ricoverato un bambino, l'operatrice si trova davanti persone diverse, delle cui singolarità deve tener conto. “ Ciascuno di noi ha il proprio linguaggio individuale, e quando ascoltate un paziente, dovrete ascoltarlo con la consapevolezza che sta parlando un linguaggio diverso, non dovrete cercare di comprendere nei termini del vostro linguaggio. Dovete capire il paziente nella sua lingua” (M.H.Erickson, 1982).

Ecco l'importanza di adottare un comportamento non standardizzato, ma che consideri le differenze individuali, culturali e che presti attenzione ai feed -back che le famiglie rimandano.

Questi aspetti sono fondamentali se si pensa anche ad una corretta trasmissione delle informazioni e alla prevenzione sanitaria quali precisi compiti dell'infermiere.

Il modello socio-costruzionista, dunque, da una parte presta molta attenzione al “sistema utente”, cioè all'altro nella sua complessità, dall'altra invita l'operatore a porsi come osservatore di se stesso, a riflettere sulle proprie idee, emozioni e pregiudizi, e su come questi influiscano sulla relazione stessa.

Questo è il concetto di autoriflessività espresso da L. Fruggeri come “riflessione sul proprio modo di conoscere sia dal punto di vista scientifico che sociale”. Principio di metodo valido non solo per gli psicoterapeuti sistemici, ma anche per tutti gli altri operatori che si trovano in una relazione d'aiuto.

Non è dunque possibile entrare in relazione con l'altro a prescindere dalle proprie idee e pregiudizi: ne è la prova, ad esempio, l'evidente cambiamento nel comportamento di noi infermiere verso quelle donne che non rientrano nella nostra idea di "brava mamma" ( es. madri Rom, tossicodipendenti, ma anche madri che non vogliono allattare al seno o che lo vorrebbero fare anche quando non è possibile, ecc...), rispetto a quelle che corrispondono al nostro ideale di madre.

Ecco perché ritengo importante per ogni operatore conoscere meglio se stesso, mettersi in discussione, rivedere i propri miti familiari, le proprie motivazioni alla professione ed anche saper affrontare le proprie emozioni.

Non riuscendo nell'ambito lavorativo ad eliminare questi aspetti, che ci appartengono in quanto persone, dobbiamo imparare a gestirli in quanto professionisti.

Per fare questo, occorre aprirsi all'altro, senza formulare giudizi e sentenze, cercando delle ipotesi che vadano oltre il nostro punto di vista e che consentano di trovare diverse descrizioni e spiegazioni, funzionali al cambiamento di quegli atteggiamenti, modelli ritenuti scorretti o sbagliati in chi ci troviamo di fronte. I pregiudizi, inevitabili, perdono la connotazione negativa se considerati come opportunità, come energia che può accendere la nostra curiosità, la spinta ad esplorare altre idee che ci possono portare ad abbandonare vecchi significati.

## 1.2 Il contesto

La T.I.N. di Parma è un Centro di III° livello regionale che fa capo sia all'Az. Osp. che all'Università degli Studi di Parma: si tratta quindi di una realtà molto complessa, in cui operano diverse figure professionali.

I posti letto sono 22, suddivisi in 4 di Terapia Intensiva e 18 di post – Intensiva.

Il personale sanitario, collocato secondo una scala gerarchica rigida, con definizione dei ruoli e delle competenze ben precisi, è costituito dal Direttore, da due medici universitari e da sette

ospedalieri, una caposala, trenta infermiere, due OTA ( Operatore tecnico assistenziale ) e sei operatrici ausiliarie.

.Un lavoro di équipe e collaborazione tra gli operatori è reso difficile proprio dall'elevato numero degli stessi, dai ritmi lavorativi molto intensi e da un'attività assistenziale che ruota su tre turni.

Una volta al mese si svolge una riunione a cui partecipano la caposala, le infermiere e le OTA, mentre attualmente non è previsto un momento d'incontro sistematico che coinvolga tutte le figure sanitarie, anche se non mancano occasioni di confronto informali tra i vari operatori come, ad esempio, la visita medica.

Il reparto ha vissuto fino ad ora una realtà di isolamento dal mondo esterno, motivata da tre fattori: ristrettezza oggettiva dei locali di degenza, rischio batteriologico ed un'obiezione degli operatori ad una maggior apertura.

La famiglia del neonato occupa una posizione marginale nell'U.O.; infatti possono accedervi solo i genitori e per poche ore al giorno.

Ai padri è permesso l'ingresso in reparto per un'ora al giorno mentre da alcuni mesi è consentito alle madri l'accesso nella fascia oraria pomeridiana oltre che per allattare anche per eseguire la marsupioterapia o per rimanere semplicemente accanto al bambino.

Il modello terapeutico dominante nella Neonatologia di Parma sembra dunque essere quello lineare e autoreferenziale, tipico dell'ambito scientifico, in cui gli input esterni vengono visti principalmente come minacciosi per l'omeostasi del sistema; al tempo stesso c'è un crescente interesse per la "care neonatale" quale presa in carico globale del neonato, con una maggior attenzione agli aspetti psicologici , emotivi e relazionali, che tradurrebbe una visione principalmente incentrata sulla patologia del neonato in una più olistica.

La ricerca scientifica in campo neonatale è in continua evoluzione; l'utilizzo di apparecchiature diagnostiche / terapeutiche sempre più sofisticate e la scoperta di nuovi farmaci hanno permesso la sopravvivenza di un numero crescente di neonati con età gestazionale sempre più bassa ( 24 – 25 sett.ne ). Gli studi sulla prematurità e le patologie ad essa connesse hanno comportato dei

cambiamenti sia a livello tecnico – assistenziale nei confronti dei piccoli pazienti sia nelle dinamiche relazionali interne all'U.O. e soprattutto nei rapporti interpersonali genitori/operatori che sono diventati sempre più complessi.

Il personale sanitario si deve occupare di neonati molto problematici (talvolta il loro peso non raggiunge il mezzo chilo) e, indirettamente, anche delle loro famiglie per lunghi periodi di tempo (come due, tre mesi e oltre) in un clima di grande incertezza per entrambi, dovuto all'altalenarsi di momenti di speranza in cui le condizioni di salute del piccolo sembrano migliorare ed altri di dolore per improvvisi peggioramenti se non, qualche volta, per il sopraggiungere della morte.

E' possibile descrivere un quadro generale di quelle che sono le principali e più frequenti richieste dei familiari nei confronti del reparto, nella consapevolezza che si tratta comunque solo di generalizzazioni esemplificative.

Per quanto riguarda i medici l'aspettativa prioritaria dei genitori è certamente quella del benessere del figlio; il desiderio forte è che si faccia tutto il possibile per garantire la sopravvivenza del piccolo, per stabilizzarne le condizioni e scongiurare complicanze.

Le aspettative delle madri verso le infermiere invece cambiano nell'arco di tempo della degenza. Inizialmente quando la situazione è grave, la richiesta materna, a volte esplicitata anche verbalmente, è di essere sostituite dalle operatrici, sentendosi esse incompetenti, inadeguate come mamme, non solo dal punto di vista accuditivo, ma anche da quello affettivo. In seguito, quando conoscono meglio il loro bambino e la struttura sanitaria, nutrono verso il personale infermieristico diversi sentimenti: sono riconoscenti e al tempo stesso provano invidia, ostilità, alternano momenti di dipendenza ad altri di autonomia nella gestione del figlio ( F. Picelli, 1995).

Soprattutto se il decorso è buono e la prognosi favorevole le madri vogliono riconquistare il proprio ruolo genitoriale e il personale può incoraggiarle a farlo, così come può favorire l'attaccamento madre-bambino dove questo fatica ad instaurarsi.

La relazione genitore/infermiera, soprattutto quella madre/infermiera è impegnativa proprio per i diversi livelli di complessità a cui si gioca. All'infermiera non viene solo chiesto di alimentare il

bambino, di somministrare la terapia, ecc...viene chiesto di prendersene cura e occuparsi del piccolo globalmente, vuol dire prendere in carico anche la sua famiglia che è vissuta come ben presente in reparto nonostante lo sia poco fisicamente.

La T.I.N. offre un servizio alla famiglia in un preciso momento della sua storia e l'infermiera che si occupa del neonato si trova inevitabilmente ad entrarne a far parte.

Per questo il rapporto che si deve instaurare fin dall'inizio deve essere di fiducia e reciprocità, l'operatrice deve garantire alla madre la premura accuditiva, anche se deve essere chiaro che non potrà mai sostituirsi a lei sul piano affettivo, per poi aiutarla a consolidare il ruolo che le appartiene, in una ridefinizione delle competenze.

Introdurre una visione sistemica, socio-costruzionista vuol dire abbandonare il modello unidirezionale da operatore a utente a favore di uno circolare, per operare un cambiamento di atteggiamento verso la patologia, il piccolo paziente, e la sua famiglia. L'intervento sanitario, in quest'ottica implica un'abilità relazionale in base alla quale l'operatore non si limita ad esercitare la propria competenza tecnica nei confronti di un utente, ma si interroga su cosa significhi esercitarla nei confronti di quel determinato utente, all'interno della relazione di quest'ultimo con l'operatore stesso e con il suo sistema di appartenenza ( L. Fruggeri, 1997).

## 2 - IL COUNSELLING COME STRUMENTO DELL'INFERMIERE

Fino ad oggi la comunicazione tra operatori sanitari e genitori dei bambini ricoverati è stata affidata al buon senso, all'esperienza e alla predisposizione individuale ad interagire con l'altro, qualità quest'ultima che se pur in misura maggiore o minore, è presente in chi ha scelto di svolgere una professione d'aiuto come quella infermieristica .

Adesso l'infermiera deve giocare la propria professionalità anche sul piano relazionale con l'acquisizione di competenze specifiche.

Tutto quanto veniva fatto spontaneamente non è più sufficiente per i seguenti motivi:

- i genitori non subiscono più la degenza del figlio passivamente, in una posizione down rispetto agli operatori e alla struttura sanitaria in generale, ma si comportano come fruitori di servizi che hanno diritto di informazione corretta e di scelta.
- Il fenomeno dell'immigrazione, soprattutto dai Paesi dell'est, dall'Africa centro-settentrionale, dalla Cina e dall'India fa sì che ci si debba confrontare con culture diverse, pertanto una comunicazione improntata su stereotipi, facili luoghi comuni, rischia di portare ad incomprensioni, ad uno scontro tra le due parti.
- L'abolizione del mansionario con la Legge 42 del 26/02/1999 ha portato la professione infermieristica ad una maggior responsabilità individuale.
- La prospettiva secondo cui la patologia non va considerata disgiunta da chi ne è portatore comporta che l'infermiera non consideri accessorio l'aspetto psicologico, relazionale anche nel caso che il paziente sia un neonato di 500- 600 grammi.

## 2.1 Le resistenze al cambiamento

Nell'introduzione ho parlato di come abbia percepito un bisogno di cambiamento in noi infermiere, legato anche ad un malessere da comunicazione difficoltosa con i medici, le colleghe, la caposala e talvolta anche con i genitori dei piccoli ricoverati che porta a fraintendimenti, incomprensioni ed arroccamenti sulle proprie convinzioni.

La mia ipotesi iniziale di fronte a questa situazione, che può creare un clima di ostilità invece che di cooperazione, era di intravedere nel counselling una possibile via d'uscita, una chiave di lettura nuova, alle complesse relazioni della U.O., senza tener conto, però, che a fianco di questo desiderio di rinnovamento c'è un'altrettanto forte resistenza al cambiamento sul piano relazionale.

Una resistenza espressa, ad esempio, attraverso quelle che sono tra le obiezioni più comuni ad una presa in carico della famiglia, quali:

- 1) l'infermiera, impegnata nell'assistenza al neonato e alle sue necessità di cura, quando trova il tempo da dedicare ad una "chiacchierata" con i genitori?
- 2) Perché dovrebbe impegnarsi in un lavoro extra, non riconosciuto?
- 3) Soprattutto perché dovrebbe lasciarsi coinvolgere in un rapporto emotivamente intenso, mentre abitualmente cerca di fuggirlo?
- 4) Perché non lasciare che ad occuparsi dei genitori e delle loro problematiche sia uno specialista, ad esempio uno psicologo?

Queste sono critiche che hanno un fondamento, se si resta ancorati al concetto di linearità, se si considera la patologia al centro del processo di cura invece che parte di un sistema più ampio, in cui l'operatore non si pone come osservatore esterno, ma vi partecipa allo stesso modo del piccolo e della sua famiglia.

Inoltre buona parte dell'attività infermieristica, cioè quella inerente gli aspetti tecnici e manuali, il saper fare, viene svolta in base a protocolli, procedure standard e norme rigidamente stabilite; l'errore in cui spesso si incorre è che si finisce per estendere questo modus operandi anche all'ambito comunicativo e dialogico.

Forse in T.I.N. occorrerebbe dare più spazio nelle relazioni alla creatività e "all'irriverenza" intesa alla Cecchin (1993), adottando anche quei comportamenti "fuori dalle righe" che possono contribuire a creare un maggior clima di fiducia ed empatia.

## 2.2 Come superare le resistenze ?

Riprendendo ad uno ad uno i punti sopra citati, la prima considerazione da farsi è che il C. informa trasversalmente ogni ambito.

1)-2) E' vero che il tempo a disposizione per i genitori è poco, ma se si considera il C. come un atteggiamento nella relazione può bastare davvero poco.

Non si tratta di un lavoro in più, ma di un modo di lavorare diverso, perché è una diversa modalità di rapportarsi agli altri che produce dei benefici sia all'utente sia all'operatore stesso.

Se si considerano il primo e il secondo assioma della comunicazione ( Watzlawick, 1967) per cui: non si può non comunicare e ogni comunicazione ha un aspetto di contenuto e uno di relazione di modo che il secondo classifica il primo, risultano evidenti due implicazioni.

La prima è ovviamente che non potendoci sottrarre alla comunicazione, ogni nostro comportamento è un messaggio e c'è sempre una relazione; quando si somministra una terapia o si esegue un garage in presenza del genitore, pur rimanendo in silenzio, gli si trasmette comunque un messaggio.

Il modo in cui ci si prende cura del bambino è già comunicare anche con i suoi genitori.

La seconda è che anche quando ci sembra di fornire delle informazioni semplici e banali come può essere la quantità di latte che ha mangiato il piccolo piuttosto che il suo peso, c'è sempre un aspetto relazionale nella comunicazione.

Leggendole, queste cose possono sembrare ovvie, ma nel contesto lavorativo non sempre il personale ne è consapevole, mentre i genitori sono solitamente molto attenti, soprattutto se frequentano l'ambiente già da tempo, oltre a quello che dice e che fa l'operatore, al come lo dice e come lo fa.

3) L'infermiere, soprattutto quello che opera in una terapia intensiva, in cui il dolore e la sofferenza sono costantemente presenti e la morte è incombente, mette in atto una serie di meccanismi per difendersi dal marasma emotivo che tutto questo gli comporta.

Le reazioni sono diverse, ad esempio: la negazione dei propri sentimenti, la chiusura in se stesso, il rifugio nel tecnicismo, nella razionalizzazione e, soprattutto in T.I.N, il rifiuto di un coinvolgimento emotivo che porta a prendere le distanze dai genitori del neonato.

Il personale preferisce lavorare in assenza dei familiari e si dichiara sfavorevole ad un ampliamento della fascia oraria di apertura proprio per ridurre il contatto con la famiglia, non tanto perché si

temano critiche o giudizi sul proprio operato, ma per il carico di angoscia e tormento che l'accompagna.

Il counselling consente al professionista di entrare in relazione con l'altro con tutto se stesso, attraverso la conoscenza delle proprie risonanze emotive più che la loro soppressione; l'emotività non deve essere negata, ma messa in campo, solo tramite la sua presa di coscienza ed elaborazione può avvenire un coinvolgimento responsabile con l'altro.

Attraverso un giusto percorso comunicativo, che deve partire dal momento dell'accoglienza, è possibile stabilire tra genitori e personale sanitario una buona intesa, in cui da una parte non vi sia un atteggiamento di delega completa verso quest'ultimo e d'altra venga riconosciuta e garantita ai padri e alle madri l'opportunità di condividere e partecipare al processo di cura del figlio.

Il counselling infatti riconosce nell'altro una persona che ha in sé le capacità per superare un momento di crisi e aiuta a farle emergere.

In quest'ottica ha senso parlare di C. in T.I.N., perché si tratta non solo di credere nelle capacità dei genitori di far fronte ad una situazione estremamente difficile, ma di vedere in loro delle risorse, riconoscere loro la dignità di utenti di un servizio e costruire con loro un'alleanza terapeutica.

Se da una parte si vuole evitare un distacco operatori/genitori che è controproducente per entrambi, dall'altra bisogna evidenziare un rischio altrettanto pericoloso in cui è facile incorrere, soprattutto nei casi di lunghissime degenze in cui si arriva ad una buona conoscenza reciproca.

Può succedere infatti che tra una coppia di genitori ed alcune infermiere si instaurino dei rapporti privilegiati, che vanno oltre alle richieste e alle offerte di una relazione d'aiuto.

Si verifica così un cambiamento di contesto in cui l'infermiera, per la forte implicazione emotiva, perde il proprio ruolo di professionista competente per scivolare in uno amicale, troppo confidenziale, con i genitori.

Un rapporto amichevole tra genitori e alcuni membri del gruppo infermieristico è difficile da gestire da parte di tutti; ad esempio può capitare da ambo le parti che vengano criticati altri operatori e genitori, forniti consigli a livello personale, con conseguenze dannose.

I genitori stessi, in questo modo, finiscono con il perdere fiducia nei confronti del personale e della struttura sanitaria in generale; e tra gli operatori, che perdono così di credibilità agli occhi dell'utenza, si possono facilmente innescare processi di conflittualità e rivalità.

E' fondamentale per il personale saper mantenere il proprio ruolo senza per questo prendere le distanze, emotivamente esserci senza venirne travolti, la forza contestuale deve essere più forte di quella implicativa.

.4) L'ultima obiezione da considerare è quella riguardante lo psicologo, indicato come il più idoneo ad occuparsi della famiglia e delle sue problematiche. Questa è una figura richiesta da tempo in reparto perché riconosciuta come molto importante, ma che non può sostituirsi sul piano comunicativo – relazionale all'infermiera.

In reparto le madri trascorrono la maggior parte del tempo con le infermiere, è a loro che si rivolgono per informazioni, quando ci sono problemi e qualche volta anche per avere chiarimenti su quanto gli viene detto dal medico, perché non sempre viene compreso chiaramente ( per diversi motivi, ad esempio: la terminologia tecnico-scientifica adottata, lo stato emotivo in cui si trovano, le interferenze ambientali).

### 2.3 Dalla comunicazione spontanea a quella professionale

Utilizzare il counselling come strumento nel proprio lavoro vuol dire riconoscere l'importanza della relazione come costruzione di significati condivisi, dedicare più tempo all'ascolto dell'altro, formulare ipotesi e cercare strategie per aiutare le famiglie nel qui ed ora, aiutarle cioè a fronteggiare il difficile momento che stanno attraversando, a compiere delle scelte, ad aumentare la loro consapevolezza.

Considerare la comunicazione con i genitori non più come aspetto accessorio della propria professionalità, ma come parte integrante porta anche ad intravedere nella relazione un possibile effetto terapeutico.

La terapeuticità del colloquio nasce dal saper mantenere aperta la relazione, dal saper ascoltare nel “qui ed ora”, senza però tralasciare gli aspetti storici, il vissuto della persona che ci sta di fronte in quel momento.

Essa dipende inoltre dalla capacità dell'operatore di essere creativo, di adottare un “pensiero divergente” al posto di quello “convergente” e dalla curiosità come posizione concettuale, perché essa favorisce lo sviluppo di più descrizioni e di una molteplicità di punti di vista nei confronti dell'utente.

“La curiosità ci aiuta a continuare a cercare descrizioni e spiegazioni diverse anche quando non siamo in grado di immaginarne altre”( Cecchin,1997).

“La capacità di cogliere gli elementi in grado di cambiare le premesse e il gioco della famiglia dipenderà dalla curiosità e dal desiderio dell'operatore di apprendere dalle famiglie e infine dalla sua sensibilità, disponibilità a spiazzarsi rispetto alle proprie certezze, guardando oltre i pregiudizi sociali e culturali, di cui ciascun operatore come ciascun utente, è inevitabilmente vittima.”

(M. Gonzo, A. Mosconi, M. Tirelli 1999)

Il passaggio da una visione incentrata prevalentemente sul neonato ad una sistemica offre agli operatori e alla famiglia la possibilità di nuove descrizioni, in cui il bambino non venga identificato con la sua patologia, ma considerato “qualcosa d'altro”. “La prematurità è senz'altro un dato immediato ma, se si escludono i casi gravissimi, essa può prender vita e valore solo in funzione del suo potere di organizzare o disorganizzare le modalità relazionali dei diversi protagonisti del dramma”( E. Kestenberg 1981 ).

E' vero che è stata riconosciuta alla “Sindrome del prematuro” una fondatezza scientifica (Lézine,1973), ma è altrettanto vero che numerosi studi hanno dimostrato come spesso i bambini nati prematuramente siano visti generalmente dalle loro madri come meno sviluppati, meno competenti cognitivamente rispetto ai nati a termine, anche quando non c'è un'evidenza comprovata che lo attesti ( Stern-Hildebrant, 1978. Stern-. Karraker, 1990).

Si tratta di passare da una visione “patologica”, per cui il bambino nato prematuramente rischia di venire etichettato per tutta la vita come ex- prematuro, ad una “depatologizzante”. Per far questo, occorre, ancora una volta, che il personale conosca e superi i propri ed altrui pregiudizi sulla prematurità, sappia individuare e trasmettere ai genitori gli aspetti vitali, positivi del piccolo e vedere in lui delle potenzialità.

### 3 – PUO’ IL COUNSELLING MIGLIORARE LA DEGENZA AL BAMBINO E AI SUOI GENITORI ?

#### 3.1 La nascita come evento traumatico

“Secondo un approccio di tipo sistemico-costruzionista, un evento non può mai essere traumatico di per sé, ma gli aspetti traumatici possono svilupparsi dall’incontro di un particolare soggetto (con la sua storia, le sue caratteristiche, i suoi sistemi di significato ) con l’evento in uno specifico contesto” (A. Caruso, 2004).

L’accento posto non tanto sull’entità dell’evento in sé, quanto sugli effetti che la situazione produce sulle persone trova una fondatezza se si pensa alle madri di quei neonati trattenuti in T.I.N per patologie minori, come l’iperbilirubinemia e, per pochi giorni, che mostrano una disperazione considerata in termini razionali “sproporzionata al caso” e per questo facilmente sottovalutata o criticata .

La nascita prematura o comunque problematica è vissuta frequentemente dalla famiglia come un evento traumatico perché con il suo carattere inaspettato, drammatico e urgente viene a incidere profondamente sulle sue dinamiche interne; il conseguente ricovero del piccolo in T.I.N contribuisce a perturbare ulteriormente questo sistema.

Per i genitori che affrontano una nascita “difficile” è come se il tempo rimanesse congelato ai momenti immediatamente pre e post-partum, creando una scissione tra quella che era la vita familiare prima della nascita e quella che avrà luogo da lì in poi.

La narrazione dell’evento traumatico da parte dei genitori tende ad essere ripetuta più e più volte, ma sempre uguale, la punteggiatura non cambia e così il loro dolore , il senso di impotenza e di colpa che spesso li accompagnano non trovano una via d’uscita.

Quello che segue è un esempio di come una comunicazione empatica, attraverso l’ ascolto attivo, la formulazione di ipotesi e di “ un’altra visione”( A.Caruso, 2002) possa aiutare una mamma a trovare una descrizione/spiegazione più tollerabile a quanto le è accaduto.

A.era arrivata in reparto alla 34<sup>a</sup> settimana di età gestazionale, in condizioni molto critiche, più per la situazione di estrema drammaticità in cui era nata piuttosto che per la sua prematurità.

La madre B. era stata ricoverata a sua volta in rianimazione con diagnosi di aneurisma addominale, per cui riuscì a vedere la figlia solo dopo diversi giorni.

B. manifestava un bisogno molto forte di raccontare la sua esperienza alle infermiere; la narrazione partiva dalle ultime ore trascorse in casa prima del ricover, al momento in cui era entrata in comparto operatorio. L’aspetto più emblematico era proprio che il racconto rimaneva sempre uguale, vissuto con la nitidezza di immagini della scena di un film per l’attenzione minuziosa ai particolari descritti: era una narrazione rivolta innanzitutto a se stessa e poi agli altri. Noi operatrici abbiamo riconosciuto in tutto questo il bisogno della mamma di capire perché ciò fosse accaduto proprio a lei, di “concretizzarlo”in qualche modo e di cercare di attribuirgli un significato razionale.

Il messaggio che B. ci trasmetteva e a cui tutte davamo la stessa lettura era il suo forte senso di colpa per la nascita avvenuta prematuramente e per il fatto che la presenza in utero di A. le aveva tamponato l’emorragia, si sentiva in debito verso la figlia che le aveva salvato la vita, mentre lei aveva messo a repentaglio la sua.

Quello che ho provato a fare dopo aver ascoltato in diverse occasioni la sua storia è stato cercare di offrirle un’altra lettura di quanto successo. L’aneurisma era stato indotto da un brusco aumento

della pressione sanguigna legato sia ad una predisposizione costituzionale sia alla gravidanza, pertanto, se non fosse stata incinta non è detto che le sarebbe venuto. Suggestire a B. questa ipotesi, fornirle un'altra visione ha permesso di ribaltare completamente la sua immagine materna, da madre che mette a repentaglio la vita della propria figlia a quella, che a lei è parsa più accettabile, di madre che ha rischiato la propria nel portare avanti la gravidanza .

### 3.2 L'ingresso in reparto

Il problema “nascita patologica o prematura ” porta il sistema familiare a doversi aprire all'interazione con un altro sistema, quello sanitario, il cui contesto istituzionale sancisce i ruoli e determina dei vincoli tra le parti coinvolte.

Affinché questo problema venga affrontato e superato in termini relazionali nel migliore dei modi, occorre che tra gli attori coinvolti ci sia, da subito, un scambio comunicativo positivo.

Come l'esperienza mi ha insegnato, è fondamentale il primo incontro dei genitori con la struttura sanitaria, perché è dal primo momento che si gioca la relazione tra i due, concordo pertanto con la dott.ssa G.Colombo\*, nel sostenere che la modalità con cui avviene è così importante che andrebbe segnalata nella cartella infermieristica.

Un operatore che si presenta per nome e stringe la mano ad un padre che entra per la prima volta in reparto pone già le basi per un rapporto futuro di stima e fiducia reciproca.

La prima accoglienza è dunque uno dei compiti infermieristici che richiedono maggiori capacità relazionali: dev'essere il più efficace possibile, pur avendo spesso l'operatrice, poco tempo a disposizione. Accoglienza non è sinonimo di accettazione secondo il linguaggio ospedaliero, non è cioè solo una procedura, ma è anche un valore, è mettere a proprio agio l'altro, mostrare interesse per il detto e per chi lo dice e allo stesso tempo prestare attenzione a se stessi, a ciò che si comunica e al modo in cui lo si fa, cercando di calibrare il linguaggio sull'altro e di trovare un punto di comprensione in una continua ricorsività.

E' un momento cruciale perché si ricevono dal genitore molte informazioni e allo stesso tempo gli si forniscono le “regole” di un ambiente al quale lui è del tutto estraneo.

Attraverso una buona capacità di osservazione è possibile vedere se c'è feed-back (anche chiedendo se ha un senso quello che si dice), e verificare se c'è sintonia tra il verbale e il non verbale, in modo da essere sicuri che le informazioni date siano state recepite (A.Di Fabio, 1999).

Soffermarsi su questi aspetti ha un riscontro positivo oltre che sul piano relazionale anche su quello, non certo trascurabile, del contenuto, per evitare così di “perdere tempo” a dover ripetere gli stessi concetti, di creare disguidi anche di ordine pratico a scapito dell'assistenza diretta al neonato (ad esempio nella trasmissione delle informazioni sulla corretta spremitura e conservazione del latte materno).

Anche l'incontro quotidiano del genitore con l'infermiera diventa senz'altro più soddisfacente e positivo per entrambi, se quest'ultima possiede alcune abilità comunicative, come ad esempio essere in grado di sostenere il silenzio di chi le sta di fronte, perché nella nostra cultura non è previsto il “non rumore”, non si è abituati al dialogo interno, e allora si risponde spesso al silenzio con l'agire, se non con il parlare.

“Accogliere il silenzio vuol dire proprio riconoscere l'esistenza di un tempo interiore nell'altro per il suo dialogo interno e questo consente anche a noi di prenderci tempo, è un rispettare i propri tempi e quelli dell'altro” (Artioli, Montanari, Saffioti, 2004).

Il silenzio dei genitori assume tanti significati, ma quando si protrae per lungo tempo ed è accompagnato da un atteggiamento passivo davanti all'incubatrice, può rappresentare la grossa difficoltà che essi incontrano ad interagire con il loro piccolo e l'invito rivolto al personale di sostenerli in questo.

L'infermiera può incoraggiarli ad avvicinarsi al neonato e aiutarli a decifrare il suo linguaggio, perché attraverso il suo comportamento, costituito da un intero repertorio di segni, il piccolo mostra ciò che prova e ciò che sta vivendo; tramite la propria corporeità riesce ad esprimersi ed a comunicare con ciò che lo circonda.

\* G. Colombo: sociologa-consulente di formazione e di organizzazione - Novate, Milano

### 3.3 Il tempo

Nel caso di prematurità grave, che spesso comporta patologie pesanti, quali emorragia cerebrale, bronco-displasia e ROP ( retinopatia obliterante), non si conosce precisamente come sarà l'evoluzione a breve e a lungo termine dello sviluppo del bambino. L'assenza di diagnosi e di prognosi è destabilizzante, poiché impedisce ai genitori di concepire un futuro per l'intera famiglia. Essi vorrebbero sentirsi rassicurati, avere la garanzia che il loro figlio un domani potrà vedere, parlare e muoversi come tutti gli altri, invece si trovano di fronte a situazioni ipotetiche che presentano una grande difficoltà nell'essere affrontate, vivono in una incertezza riguardo al futuro che la medicina non può risolvere, per questo devono essere aiutati a riprendere il processo di costruzione dell'immagine del bambino, attraverso l'esplorazione dei futuri possibili in maniera che, nonostante la sofferenza, possano sentirsi compresi, sostenuti e meno soli ( N. Bruschiweiler, 2002). Si tratta di spostare l'attenzione dal passato al presente in vista del futuro, di fare ipotesi su cui costruire uno scenario per l'avvenire. "Il futuro influenza il nostro modo di vivere nel presente più di qualsiasi cosa accaduta nel passato"(P. Lang, E. McAdam, 1997).

"Un progetto può cambiare il significato delle azioni attuali, l'idea di un destino può riqualificare gli avvenimenti passati (L.Boscolo, 1989).

Qualche tempo fa, un'amica mi disse che sua figlia C., una bambina di 10 anni, nata con una lieve prematurità, ma tale da richiedere un ricovero in T.I.N, da mesi frequentava un corso di nuoto per principianti, senza nessun progresso.

C. aveva giustificato il suo insuccesso con la sua inveterata paura dell'acqua. La madre aveva dato un significato più preciso alla paura della figlia, definendola paura di annegare, come se l'acqua potesse entrarle nella bocca e poi nei polmoni, procurandole la stessa sensazione che probabilmente aveva provato quando alla nascita era stata intubata e ventilata artificialmente.

Questa connessione tra un problema attuale e un evento vissuto dalla madre come traumatico ( è interessante notare come la sua descrizione della procedura rianimatoria sia esattamente opposta a quella dell'ambito medico scientifico), ma accaduto tanto tempo prima, mi ha fatto riflettere su come sia altrettanto vero che una data lettura del passato possa influenzare una situazione odierna. Il presente e il futuro traggono quindi un senso da queste prime narrazioni, così come è vero il contrario, per cui sono loro a fornire una rilettura del passato in un continuum, una oscillazione lungo la linea del tempo, anzi "passato, presente, futuro sono così riuniti in un anello ricorsivo"(L. Boscolo, 1989).

Scientificamente è ancora poco noto quello che prova il neonato ricoverato in T.I.N. a livello fisico, mentale ed emotivo ( è recente l'interesse per lo studio del dolore nel neonato prematuro), ma quello che è evidente è che per tutto il tempo della durata del ricovero, che può variare da poche settimane ad alcuni mesi, c'è un "vuoto" di memoria, una zona d'ombra nella vita del bambino. Nessuno conserva dei ricordi della primissima infanzia, ma quando si tratta di bambini sani, nati a termine, questo vuoto viene colmato dal racconto dei genitori, dei nonni, di chi gli sta vicino. Nell'U.O. di neonatologia, dove la madre e il padre vengono allontanati dal figlio, questa narrazione è più difficile, colmare il buio con la co-costruzione di significati condivisi diventa faticoso.

Forse quello che può fare l'infermiera è: ascoltare la storia che i genitori raccontano della loro famiglia, di come la nascita del loro bambino vi si inserisca e di come si pongono davanti al problema; aiutarli a vedere nel piccolo delle potenzialità, quegli aspetti positivi che ognuno possiede e condividere, esplorare con loro le varie possibilità future, lasciare aperta una porta alla speranza anche quando sembra non essercene.

Un giorno la madre di una bimba affetta da mielomeningocele all'idea che un domani, forse, sua figlia sarebbe riuscita a camminare con i tutori, mi disse con grande serenità: "In fondo chi non ha problemi?"

### 3.4 La dimissione

Quando si avvicina il momento della dimissione i genitori si pongono un'infinità di domande sul come sarà il dopo.

L'arrivo a casa, visto per tutto il tempo della degenza come un traguardo, paradossalmente, più si avvicina e più spaventa.

Il counselling sistemico, proprio perché per sua definizione mira ad attivare/incentivare le capacità di risposta alle difficoltà e di ricerca di soluzioni creative sia da parte dell'individuo che da parte del sistema coinvolto( G.Bert, S.Quadrino, 1999), trova applicazione anche nell'ultimo periodo della degenza. L'infermiera deve attuare quindi un intervento assistenziale/relazionale volto a potenziare le risorse dei genitori, in modo che questi possano acquisire una certa autonomia e capacità decisionale nei confronti del piccolo e, aumentando la propria autostima, si sentano in grado di affrontare la situazione.

Questo sarà tanto più possibile quanto più già dall'inizio sarà stato preso in considerazione lo spirito di collaborazione delle persone, la loro partecipazione al trattamento, la loro possibilità di esercitare un certo controllo sull'intervento, che non vuol dire lasciar loro il potere decisionale sulle scelte terapeutiche, ma renderli più consapevoli e aggiornati su tutto quanto viene fatto per il benessere del piccolo.

Per questo motivo possono essere introdotte anche le domande circolari: con intento prevalentemente esplorativo, esse aumentano il coinvolgimento e rinforzano l'autonomia rispetto alla presa decisionale (K. Tomm, 1988).

I genitori faranno così fronte con più coraggio e più determinazione al percorso da affrontare, che nella maggior parte dei casi, sarà molto lungo e pieno di difficoltà.

Può essere utile, inoltre, ricercare alcuni episodi che si sono verificati nel corso della degenza, da leggere come "situazioni uniche"( M.White, 1992), ad esempio ripensare con la madre

all'occasione in cui è riuscita a mantenere la calma quando al bimbo è andato di traverso il latte o quando ha saputo riconoscere nelle coliche addominali la causa del pianto del figlio.

Questo per aiutarla a non sentirsi sopraffatta dal problema, vivendo con la paura che episodi simili possano ripresentarsi, nella consapevolezza reale o presunta di non essere capace di farvi fronte.

Inoltre affinché la madre, soprattutto, non si senta abbandonata al momento della dimissione, ma accompagnata in questo difficile passaggio tra struttura ospedaliera protetta e domicilio, gli operatori devono avere la capacità di organizzare il proprio lavoro non solo sulla base di ciò che si ritiene utile per lei in relazione al suo bambino e viceversa, ma anche sulla base di ciò che ritiene utile per loro come componenti di un sistema familiare. Questa è una prospettiva secondo cui là dov'è possibile, sono da valorizzare le risorse presenti nella rete di relazioni in cui i genitori sono inseriti.

Capita però, sempre più spesso, di trovarsi di fronte genitori o madri sole, che vivono in condizioni precarie ( ad esempio per motivi economici o di salute) e con una rete di sostegno parentale e amicale scarsa o inesistente; in questi casi che vanno precocemente riconosciuti, in quanto non sempre già segnalati dal Servizio Sociale, occorre intervenire, tramite un lavoro di rete, interagendo con altri Servizi presenti sul territorio, come ad esempio il “Progetto a casa con sostegno” promosso dall’Agenzia Disabili del Comune di Parma.

#### 4 –PUO’ IL COUNSELLING RENDERE PIU’ APPAGANTE LA PROFESSIONE

##### INFERMIERISTICA?

L’instaurarsi di una buona relazione, così come è gratificante per i genitori, lo è altrettanto per il personale sanitario che, in un clima di fiducia e rispetto reciproco, subirà meno critiche e si sentirà maggiormente apprezzato.

La gratificazione fornita dai fruitori del Servizio ai professionisti è importante, l’apprezzamento per come si svolge il proprio lavoro è una molla per andare avanti contro la monotonia della routine, lo

stress di un lavoro su turni e una professionalità che ancora non offre grandi possibilità di carriera, e richiede sacrificio e impegno costanti.

Certo l'operatore deve essere disposto a cambiare radicalmente il proprio ruolo, occorre scoprire un rapporto di reciprocità con l'utente e la sua famiglia. Per le infermiere, come per i neonati e le loro famiglie gli interventi più umani sono quelli che riconoscono e attivano gli scambi reciproci intersoggettivi tra persona utente-operatore-famiglia e tra operatore-operatore in seno al servizio in cui operano, come cofattore indispensabile all'intervento sanitario (J.Chade, 2002).

.Il C., utilizzato come atteggiamento nella relazione tra colleghe, è positivo perché di apertura alle differenze, secondo una visione non egocentrica, che porti il proprio punto di vista ad essere uno tra i tanti possibili e non il migliore. Una cornice di curiosità favorisce inoltre il dialogo tra gli stessi operatori e pertanto è fondamentale nel lavoro di équipe, in cui ognuno nel rispetto dell'opinione altrui deve mettersi in discussione, superare il proprio modo esclusivo di vedere le cose per aprirsi al confronto e anche allo scontro, se produttivo di nuovi significati alla fine condivisi.

Per fare questo, occorre che ci sia uno spazio d'incontro che permetta la formazione di uno spirito di gruppo e senso di appartenenza al servizio, in cui risolvere creativamente i problemi organizzativi, evitando sensazione di solitudine e non partecipazione ai processi decisionali.

Da qui si avverte la necessità di formare dei gruppi di lavoro infermieristici, quale premessa necessaria alla prevenzione del burnout.

#### 4.1 Il C. come prevenzione del burn-out.

La definizione "sindrome del burnout", traducibile in esaurimento, corto circuito, fu utilizzata da Maslach (1976) per definire gli atteggiamenti di nervosismo, apatia, indifferenza, sensazione di fallimento di molti operatori sanitari nei confronti del proprio lavoro e dei pazienti, in risposta a un eccessivo accumulo di stress. Questa sindrome ha inizio con i primi sentimenti di

sconfitta fino a sfociare in una condizione psicologica debilitante con conseguenti costi per l'individuo stesso e la società.

Attuali ricerche hanno dimostrato come la sindrome del burnout abbia un'incidenza maggiore nelle professioni di aiuto, ad alta intensità emotiva, come risultato di una inadeguata gestione dello stress lavorativo e di un inefficace processo di adattamento a uno stress individuale eccessivo (E.Giusti, L.Masiello, 2003).

Quotidianamente chi lavora in T.I.N. vive questa situazione di disagio psicologico e col tempo di logoramento che è tipica degli operatori delle Terapie Intensive.

Indubbiamente vi sono diverse variabili a concorrere alla determinazione di questo stato quali: le motivazioni, le credenze e la storia personale del singolo operatore, il sistema organizzativo e il contesto lavorativo.

La valorizzazione delle qualità personali e professionali prevengono lo stress e il burnout degli operatori, anche per questo, occorre dare spazio all'aspetto del saper essere, con l'acquisizione nell'iter formativo di base e continuo delle abilità relazionali e comunicative da esperire poi nella pratica quotidiana.

Una corretta relazione interpersonale orientata all'ascolto e un approccio empatico ai problemi dei genitori garantiscono lo spazio e il tempo adeguato per proteggere se stessi da un eccessivo coinvolgimento e allo stesso tempo per riconoscere l'altro come persona con bisogni particolari.

La relazione si deve basare su una reciprocità, uno scambio tale per cui non predomini l'affettività dell'operatore su quella del genitore, né prevalga l'aspetto tecnico che porta l'infermiera a identificare il neonato con la sua patologia.

## CONCLUSIONI

La stesura di queste pagine non vuole essere il momento conclusivo di un percorso, ma l'opportunità per affrontare il counseling sistemico-costruzionista ad un diverso livello di complessità: il mio specifico ambito professionale, per verificare la sua applicabilità sul piano pratico, individuando nelle colleghe le mie possibili interlocutrici.

Per questo motivo ho voluto fornire innanzitutto un inquadramento teorico al Counselling sistemico-costruzionista che rispondesse alla domanda: "Ma il counselling che cos'è?".

Poi ho cercato di dimostrare come, anche nel mio contesto lavorativo, il counselling sia una competenza indispensabile per la professionalità infermieristica tanto nei confronti dei neonati e delle loro famiglie quanto per le operatrici stesse.

Dunque alla domanda se il C. possa servire in ambito sanitario anche quando il paziente è un neonato, la mia risposta è affermativa, nella misura in cui consente alle infermiere di prendersi cura del piccolo in modo più globale, quindi non solo dal punto di vista patologico, ma come parte di un sistema con cui egli è in relazione, di fornire prospettive accettabili e favorevoli ai genitori, quando possibile, e a quest'ultimi di vivere un rapporto più sereno con lui; certa che i benefici di una simile azione si vedranno nel breve e lungo termine.

La caratteristica di circolarità della comunicazione fa sì che una relazione positiva, fluida tra infermiere e genitori e tra le operatrici stesse produca dei benefici per tutti, mi riferisco quindi al C. come strumento di prevenzione del burnout e come modalità nuova di intendere la cura, in un clima di rispetto e fiducia reciproco tra gli attori coinvolti.

Le recenti vicende familiari che mi hanno portato a vivere la realtà ospedaliera dall'altro fronte, quello dell'utenza, hanno sicuramente influenzato queste considerazioni perché hanno rafforzato in me l'idea dell'importanza di un'alleanza terapeutica, del diritto ad un'informazione corretta e completa e di essere considerati fruitori del servizio meno passivi e più partecipi al processo di cura.

Quello che ho voluto sottolineare è come una buona capacità relazionale, quale acquisizione, patrimonio comune degli infermieri sia necessaria, e non debba essere fraintesa come usurpazione di quegli spazi che sono peculiari di altri professionisti, ad esempio lo psicologo.

Penso che abilità e competenze di counselling non vadano confuse neppure con un intervento di counselling, quale relazione d'aiuto più strutturata, che richiede un setting ben definito e una richiesta d'aiuto precisa, riguardante un problema circoscritto.

Chi deve ricorrere alle cure della T.I.N. per il proprio figlio si trova in una situazione in cui gli effetti traumatici che possono subentrare sono tali da richiedere l'intervento di una figura professionale esperta, quale il counselor, e non necessariamente lo psicologo, perché il counselor "è colui che è in grado di favorire la soluzione di disagi esistenziali di origine psichica che non comportino tuttavia una ristrutturazione profonda della personalità"( definizione S.I.C.o ), sarà poi sua competenza valutare, là dove necessario, l'invio ad altre forme di sostegno.

Oltre che proporre il C. come uno strumento di lavoro, una modalità relazionale, il mio presupposto di partenza era individuarlo come una possibile strategia per il cambiamento nelle dinamiche interne al reparto.

Nel dimostrare la sua applicabilità a livello pratico, ho rischiato di venir meno ad una delle premesse fondamentali del modello sistemico, perché ho avuto la tentazione di tracciare una linea arbitraria di demarcazione fra due caratteri ugualmente funzionali in ogni più sistema vivente: la tendenza omeostatica e la capacità di trasformazione, quando non si dà un meglio o un peggio perché le due convivono( M. Selvini, L. Boscolo, G. Checchin, G. Prata, 1993).

Inizialmente è stato il ritenere sbagliata la prevalente tendenza omeostatica della T.I.N. a farmi vedere in essa un bisogno di cambiamento e nel far questo, mi rendo conto di essermi posta come osservatrice esterna, come se il sistema in questione mi fosse estraneo.

Successivamente ho capito che l'errore poteva essere nato da una confusione di ruoli, quello infermieristico, quello di "aspirante counselor" ed anche quello di utente del servizio.

L'aver preso consapevolezza del fatto che tutti questi aspetti mi appartengono nello stesso tempo, fanno parte della mia storia, mi ha aiutato a fare chiarezza, mi sono rivista in un'ottica diversa, come parte integrante di un sistema in cui poter dare un contributo al cambiamento, attraverso la mia esperienza e le mie conoscenze, se ci sarà la volontà comune di co- costruire una nuova realtà di reparto.

## BIBLIOGRAFIA

- Artioli G., Montanari R., Saffioti A., *Counseling e professione infermieristica*, Roma, 2004
- Bert G., Quadrino S., *L'arte di comunicare. Teoria e pratica del counselling sistemico*, Napoli, 1999
- Boscolo L., *L'uso del tempo nella terapia sistemica*, Convegno S.I.R.T. 1989
- Bruschweiler N., convegno ACP, Torino, 2002
- Caruso A., *Altravisione: una posizione nella conversazione terapeutica fra teoria sistemica e teoria socio-costruzionista*, Connessioni, Milano, 2002
- Caruso A., *Che cosa è traumatico?*, [www.centropantarei.it](http://www.centropantarei.it), 2004
- Cecchin G. Lane G., Ray W., *Irriverenza*, Milano, 1993
- Cecchin G., Lane G., Ray W.A., *Verità e pregiudizi*, Milano, 1997
- Chade J.J., *A casa con sostegno*, a cura di Sonia Pergolesi, Milano, 2002
- Cronen V., Johnson K., Lannamann J., *Paradossi, doppi legami, circuiti riflessivi: una proposta teorica alternativa*. Terapia Familiare, 1983
- Di Fabio A., *Counseling*, 1999
- Erickson M.H., *La mia voce ti accompagnerà*, Roma, 1983
- Fruggeri L., *Famiglie*, Roma, 1997
- Fruggeri L., *Dal costruttivismo al costruzionismo sociale: implicazioni teoriche e terapeutiche*, Psiobiettivo, vol. XVIII, n° 1, 1998
- Giusti E., Masiello L., *Il counseling sanitario*, Roma, 2003
- Gonzo M., Mosconi A., Tirelli M., *L'intervista nei servizi sociosanitari*, Milano, 1999
- Kestemberg E. (a cura di), *Il bambino prematuro*, Firenze, 1981
- Lang P., McAdam E., *Narrative-acting: Future dreams in present living*, Human Systems, 9,8-1 1997
- Lézine , in *Il bambino prematuro*,(a cura di) Kestemberg, Firenze, 1981

- Maslach C., *Burned-out*, in "Uman Behavior",15, 1976
- Pearce B., Cronen V., *Communication, action and meaning*, New York, 1980
- Pearce B., *Interpersonal communication: making social worlds*, New York, 1994
- Picelli F., *Genitori e personale sanitario in una Puericultura: alcuni aspetti problematici*, tesi di Laurea, 1995
- Selvini Palazzoni M., Boscolo L., Cecchin G., Prata G., *Paradosso e controparadosso*, Milano, 2003
- Stern-Hildebrant in *Il bambino prematuro*,(a cura di) Kestemberg, Firenze, 1981
- Tomm K., *Interventive interviewin.Intendi porre domande lineari, circolari,strategiche o riflessive?*, 1988
- Watzlawick P., Beavin J., Jackson D., *Pragmatica della comunicazione umana*, Roma, 1971
- White M., *La terapia come narrazione*, Roma,1992